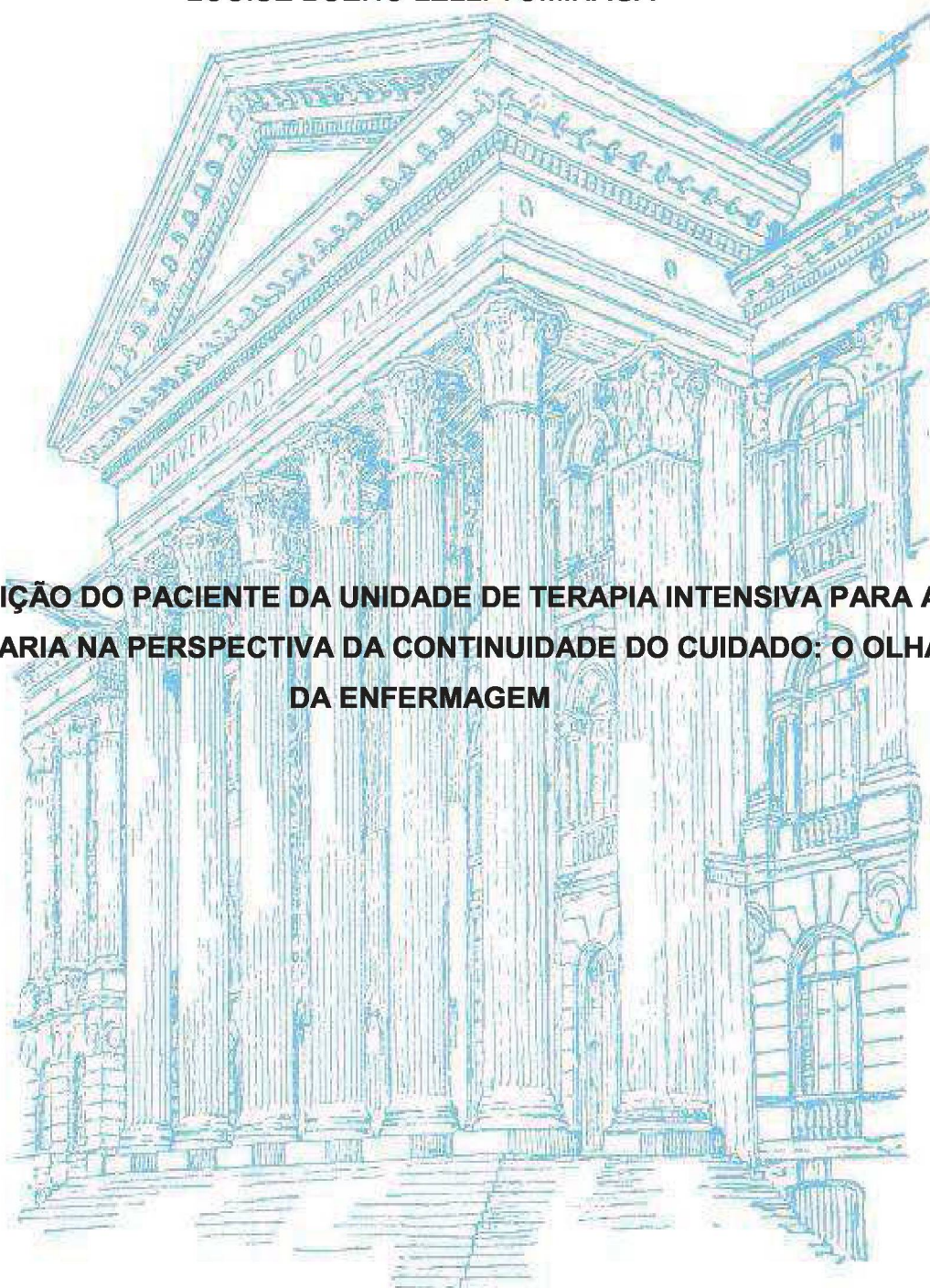


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LOUISE BUENO LELLI TOMINAGA

**TRANSIÇÃO DO PACIENTE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA A
ENFERMARIA NA PERSPECTIVA DA CONTINUIDADE DO CUIDADO: O OLHAR
DA ENFERMAGEM**



CURITIBA

2017

LOUISE BUENO LELLI TOMINAGA

**TRANSIÇÃO DO PACIENTE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA A
ENFERMARIA NA PERSPECTIVA DA CONTINUIDADE DO CUIDADO: O OLHAR
DA ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, mestrado acadêmico, área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, na linha de pesquisa Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Elizabeth Bernardino

CURITIBA

2017

Tominaga, Louise Bueno Lelli

Transição do paciente da Unidade de Terapia Intensiva para a enfermaria na perspectiva da continuidade do cuidado: o olhar da enfermagem / Louise Bueno Lelli Tominaga – Curitiba, 2017.
124 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Elizabeth Bernardino

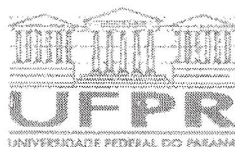
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Cuidado transicional. 2. Continuidade da assistência ao paciente. 3. Alta do paciente.
4. Unidade de Terapia Intensiva. I. Bernardino, Elizabeth. II. Universidade Federal do Paraná.
III. Título.

CDD 610.736

Maria da Conceição Kury da Silva – CRB – 9/1275



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós Graduação em ENFERMAGEM
Código CAPES: 40001016045P7


TERMO DE APROVAÇÃO


Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de LOUISE BUENO LELLI TOMINAGA, intitulada: **"TRANSIÇÃO DO PACIENTE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA ENFERMARIA NA PERSPECTIVA DA CONTINUIDADE DO CUIDADO"**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 04 de Dezembro de 2017.


ELIZABETH BERNARDINO
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


MARIA RIBEIRO LACERDA
Avaliador Interno (UFPR)


MARIA MANUELA FERREIRA PEREIRA DA SILVA MARTINS
Avaliador Externo (I)

Dedico este trabalho aos meus avós **Noêmia de L. Bueno e Ovande Bueno**, que não estão mais presentes fisicamente, mas, sempre incentivadores de tudo o que fiz, teriam muito orgulho de saber que seus ensinamentos serão vivenciados até o último dia de minha vida.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por minha vida, por minha família, por todas as oportunidades que me concede, por ser a única resposta quando tenho dúvidas.

Ao meu marido **Diego Y. Tominaga**, que está junto comigo há tantos anos, com quem divido os melhores e piores momentos da vida. Que me incentiva e apoia, mesmo quando isto não é tão fácil. Obrigada por fazer parte e, me ajudar a concretizar todos os sonhos da minha vida. Com amor!

Aos meus pais **Maria de L. B. Lelli** e **Marco A. Lelli** por todo amor e, por todo o esforço em prol de me conceder a oportunidade de estudar e, por me incentivarem a ter êxito na vida por este caminho.

Ao meu irmão **Gustavo B. Lelli** por todos os bons momentos e, pelo incentivo nos momentos difíceis, por seu ombro amigo e, por me fazer acreditar que sou capaz do impossível.

As **minhas** sempre **amigas** e, as amigas que fiz neste caminho, pelo companheirismo e torcida nesta jornada.

A minha sogra **Mara A. A. Tominaga**, por todo carinho que tem por mim.

A Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (**SESA/ PR**) por incentivar e valorizar a qualificação profissional.

Agradeço ao **Hospital do Trabalhador**, representado pela diretora de Enfermagem **Justina Cetnarski Maiczak** e, a coordenadora da UTI clínico-cirúrgica, **Rosane L. Laynes**.

As minhas **colegas Enfermeiras**, em especial a **Jaqueline F. Brizuela** por ter me ajudado desde o dia em que resolvi fazer o mestrado, com quem compartilhei muitos momentos deste caminho.

A **Equipe Multiprofissional da UTI Clínico Cirúrgica**, em especial a **Equipe de Enfermagem** e, que os resultados deste trabalho possam contribuir com o nosso trabalho.

À **Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná** e ao **corpo docente** que nos fornecem a oportunidade da construção reflexiva do conhecimento.

Às **Professoras Doutoradas da banca de qualificação e defesa**, pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições para este trabalho.

Aos **participantes do estudo, Enfermeiros** que se dispuseram em contar um pouco sobre seu processo de trabalho para a realização desta pesquisa, que os resultados deste trabalho possam contribuir para uma assistência de enfermagem de qualidade.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A **Dra Elizabeth Bernardino**, minha orientadora, por me ajudar a concretizar este projeto da minha vida profissional, com seu conhecimento, paciência e zelo. A você, por ser um exemplo para mim, todo meu respeito e admiração.

“Talvez não tenha conseguido fazer o
melhor, mas lutei para que o melhor fosse
feito. Não sou o que deveria ser, mas
Graças a Deus, não sou o que era antes”.
(Marthin Luther King)

RESUMO

TOMINAGA, L.B.L Transição do paciente da unidade de terapia intensiva para a enfermaria na perspectiva da continuidade do cuidado: o olhar da enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Bernardino

Linha de Pesquisa: Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem

Uma adequada transição do cuidado é uma estratégia para assegurar a continuidade dos cuidados para o paciente e sua família após a alta, contribuindo na prevenção das readmissões hospitalares, complicações preveníveis, e consequentemente na redução dos custos relacionados à assistência em saúde. Uma transição de qualidade impacta na segurança do paciente que está em uma situação de mudança na sua condição de saúde, como no caso de estar em uma UTI. Faz parte da responsabilidade do enfermeiro garantir elementos que resultem em uma boa transição para o paciente, tornando-se um elo para a continuidade. O objetivo geral deste estudo é analisar o processo de transição dos pacientes da UTI para a Enfermaria de Trauma na perspectiva da continuidade do cuidado sob a ótica dos enfermeiros. Os objetivos específicos são: identificar as fases da transição e, propor os elementos para um plano de transição dos pacientes. Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza exploratória, desenvolvido na UTI e na enfermaria de trauma de um hospital de grande porte no município de Curitiba. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, após a explicação dos objetivos do estudo aos participantes, e tiveram os áudios gravados e posteriormente transcritos, nos meses de maio a junho de 2017. Foi aplicada a técnica da vinheta antes das entrevistas e, a análise aconteceu por meio da Análise de Conteúdo Temático Categorial, com o uso do software MAXQDA® como recurso para organização dos dados. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador da SESA/ PR, CAEE Nº 60950516.7.0000.5225. Os participantes foram selecionados por amostragem não probabilística, e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, totalizaram 22 participantes. O estudo foi submetido a dois testes piloto para adequação dos instrumentos do trabalho. Os resultados foram organizados em quatro categorias: Determinantes para os contextos de saída e entrada do paciente em transição da UTI para a enfermaria; Planejamento do processo de transição e continuidade do cuidado do paciente da UTI para a enfermaria; Efetivação do processo de continuidade de cuidados da UTI para a enfermaria e; Elementos facilitadores do processo de continuidade de cuidados do paciente em transição da UTI para a enfermaria. A criação de práticas profissionais que fomentem o entendimento de transição, como o planejamento de alta é elemento crucial na continuidade de cuidados, e os dados permitiram a construção de um modelo com os elementos necessários para o processo de transição do paciente e continuidade de cuidados da UTI para a enfermaria.

Palavras-chave: Cuidado transicional. Continuidade da assistência ao paciente. Alta do paciente. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

TOMINAGA, L.B.L Transição do paciente da unidade de terapia intensiva para a enfermaria na perspectiva da continuidade do cuidado: o olhar da enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Bernardino

Linha de Pesquisa: Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem

A proper transition of care is a strategy to ensure continuity of care for patients and their families after discharging from the hospital. Such strategy contributes to avoid hospital readmissions, preventable complications and, therefore, reduction of costs related to health assistance. An effective transition impacts on the safety of the patient who is going through changes in health conditions, such as in the case of those being in an intensive care unit. Part of the nurse's responsibility is to ensure elements which result in a good transition for the patient, what makes such role a point of connection for continuity of care. The general aim of this study is to analyze the transition process of patients from intensive care unit to trauma ward from the continuity of care-based approach and from nurses' perspective. Its specific aims are: to identify patients' transition phases and to propose elements for patients' transition plan. This is an exploratory qualitative study, carried out in an intensive care unit and trauma ward of a large hospital in the city of Curitiba, Paraná, Brazil. Data was collected from May to July, 2017, through semi-structured interviews which were recorded and transcribed after the aims of this study had been explained to participants. The vignette technique was applied before the interviews and the analysis was carried out through Theme/Category-Based Content Analysis and as a means of organizing data was used MAXQDA® software. This research was approved by the Ethics Committee for Research from the Hospital do Trabalhador of SESA/ PR, CAEE Nº 60950516.7.0000.5225. Participants were selected by nonprobability sampling, totalizing 22 participants after criteria of inclusion-exclusion had been applied. This study underwent two pilot tests in order adapt work instruments. The results were organized in four categories: determinants of admission and discharge of the patient in transition from intensive care unit to ward; planning transition process and continuity of care of patient from intensive care unit to ward; implementing the continuity care process from the intensive care unit to ward and, facilitating elements of the continuity care process of patient in transition from intensive care unit to ward. Results indicate that creating professional development practices which raise the understanding of transition, such as discharge planning, is paramount for continuity of care. Moreover, data allowed to build a model with required elements for the process of transition and continuity of care of patient from the intensive care unit to ward.

Key words: Care transition. Continuity of patient care. Patient's discharge. Intensive care unit.

LISTA DE SIGLAS

ACTC	-	Análise de Conteúdo Temático Categorical
CAAE	-	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos
CNS		Conselho Nacional de Saúde
CONEP	-	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
GPPGPS	-	Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde
ONA	-	<i>Association des infirmières et infirmières autorisés de l'Ontario /</i> Associação das Enfermeiras de Ontário
POP	-	Procedimento Operacional Padrão
SESA	-	Secretária Estadual de Saúde
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIN	-	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná
UR	-	Unidade de Registro
US	-	Unidade de Significação
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	- PROCESSO DE PLANEJAMENTO DE TRANSIÇÃO	29
FIGURA 2	- TRANSIÇÃO INTERNA DO PACIENTE DA UTI PARA A ENFERMARIA	31
FIGURA 3	- REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA PONTE COM COMPONENTES PRINCIPAIS PARA TRANSIÇÃO DO CUIDADO IDEAL.....	32
FIGURA 4	- TIPOS DE CONTINUIDADE SEGUNDO REID, HAGGERTY E MCKENDRY (2002)	37
FIGURA 5	- ETAPAS DA TÉCNICA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICO CATEGORIAL DE OLIVEIRA (2016)	50
FIGURA 6	- FLUXO ATUAL DE ALTA DA UTI PARA ENFERMARIA DE TRAUMA	56
FIGURA 7	- SUGESTÕES DE MUDANÇAS NO FLUXO ATUAL DE ALTA DA UTI PARA A ENFERMARIA DE TRAUMA	97
FIGURA 8	- PROCESSO DE TRANSIÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS DA UTI PARA A ENFERMARIA CENTRADOS NO PACIENTE	99

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	- TRANSIÇÃO DE CUIDADO.....	28
QUADRO 2	- CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA A TRANSIÇÃO DE CUIDADO	29
QUADRO 3	- POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA A TRANSIÇÃO DE CUIDADO	30
QUADRO 4	- SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA UTI.....	48
QUADRO 5	- SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ENFERMARIA.....	49
QUADRO 6	- CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS CONSIDERANDO O AGRUPAMENTO DAS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO E PORCENTAGENS DE UNIDADES DE REGISTRO POR UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO.....	50
QUADRO 7	- NOME DA CATEGORIA, PORCENTAGEM DA CATEGORIA REFERENTE ÀS 294 URs E AS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO CORRESPONDENTES	58
QUADRO 8	- NOME DA CATEGORIA, PORCENTAGEM DA CATEGORIA REFERENTE ÀS 294 URs E AS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO CORRESPONDENTES	64
QUADRO 9	- NOME DA CATEGORIA, PORCENTAGEM DA CATEGORIA REFERENTE ÀS 294 URS E AS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO CORRESPONDENTES	69
QUADRO 10	- NOME DA CATEGORIA, PORCENTAGEM DA CATEGORIA REFERENTE ÀS 294 URs E AS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO CORRESPONDENTES.....	75

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
2.1	TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DA CONTINUIDADE	22
2.2	CONTINUIDADE DO CUIDADO COMO CONCEITO MULTIDIMENSIONAL	36
3	OBJETIVOS	41
3.1	OBJETIVO GERAL.....	41
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	41
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	42
4.1	TIPO DE ESTUDO	42
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	43
4.3	PARTICIPANTES	44
4.4	COLETA DE DADOS.....	45
4.5	ANÁLISE DE DADOS.....	46
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	53
5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	54
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	54
5.2	FLUXO VIGENTE DE SAÍDA DO PACIENTE EM TRANSIÇÃO DA UTI PARA A ENFERMARIA.....	56
5.3	ELEMENTOS INDICATIVOS PARA A SAÍDA E ENTRADA DO PACIENTE EM TRANSIÇÃO DA UTI PARA A ENFERMARIA	58
5.3.1	Fatores clínicos inerentes ao paciente como critérios para alta da UTI.....	59
5.3.2	Gravidade assistencial do paciente como preditivo para alta da UTI	60
5.3.3	Fatores institucionais como preditivos para a alta do paciente da UTI para a enfermaria.....	61
5.3.4	Fatores clínicos na transição do paciente da UTI para a enfermaria.....	63
5.3.5	Preparo para o recebimento do paciente em transição da UTI para a enfermaria.....	64
5.4	PLANEJAMENTO DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO E CONTINUIDADE DO CUIDADO DO PACIENTE DA UTI PARA A ENFERMARIA.....	65
5.4.1	Preparo do paciente em transição para os cuidados.....	67
5.4.2	Presença do enfermeiro na admissão do paciente em transição da UTI para a enfermaria.....	68

5.4.3	Decisão de alta do paciente da UTI para a enfermaria.....	68
5.5	EFETIVAÇÃO DO PROCESSO DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS DA UTI PARA A ENFERMARIA	70
5.5.1	Modo de comunicação como instrumento para a continuidade de cuidados da UTI para a enfermaria.....	70
5.5.2	Tipo de informação como instrumento para a continuidade de cuidados da uti para a enfermaria.....	72
5.5.3	Registro de informação como instrumento para a continuidade de cuidados da UTI para a enfermaria.....	73
5.6	ELEMENTOS FACILITADORES DO PROCESSO DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS DO PACIENTE EM TRANSIÇÃO DA UTI PARA A ENFERMARIA	76
5.6.1	Personalização do atendimento do paciente em transição da uti para a enfermaria.....	76
5.6.2	Lacunas de informação como condutoras para a descontinuidade do cuidado do paciente em transição da UTI para a enfermaria.....	77
5.6.3	Mudança no processo de continuidade de cuidados da UTI para a enfermaria	78
5.6.4	Recursos humanos e tecnológicos como elementos para continuidade de cuidados	79
5.6.5	Definição de protocolos para continuidade de cuidados da uti para a enfermaria.....	81
6	DISCUSSÃO	83
7	SUGESTÕES PARA O APRIMORAMENTO DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO PACIENTE E CONTINUIDADE DE CUIDADOS DA UTI PARA A ENFERMARIA	98
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
	REFERÊNCIAS	106
	APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	118
	APÊNDICE 2 – ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE	120
	APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS	121
	APÊNDICE 4 – VINHETA.....	123

ANEXO 1 – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO PARA APRECIÇÃO ÉTICA.....	124
--	------------

APRESENTAÇÃO

O interesse para realizar este estudo parte da minha prática profissional, no desempenho das funções como enfermeira assistencial de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em um hospital referência no atendimento de Trauma no Município de Curitiba, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde 2013, enquanto atuo no exercício de minhas funções, entre muitas observações, pude notar que os usuários que saem de alta da UTI, após um período de internação, para a enfermaria, bem como os familiares, ficam submersos nas incertezas do que esperar deste ponto em diante no que se refere à continuidade das informações e dos seus cuidados no processo de restabelecimento da saúde. E também, muitas vezes, os pacientes acabam por retornar à UTI em situações que poderiam ser evitadas se houvesse ocorrido uma continuidade efetiva da assistência. Outro ponto de destaque é a descontinuidade das informações entre as equipes de saúde, sejam elas dentro de uma mesma unidade ou de uma unidade para outra, refletindo em lacunas na assistência.

Corroborando com isso, são vivenciadas dificuldades entre os níveis de cuidado pelos quais o paciente transita relacionado aos cuidados e orientações necessárias. Essas dificuldades, contribuem para o estabelecimento de brechas no processo de transição dos usuários dentro do sistema de saúde, seja para os pacientes e seus familiares, para os profissionais envolvidos no processo, ou para a instituição provedora de cuidados.

No cotidiano da enfermagem assistencial, observa-se que o conceito de transição não está claro nem foi incorporado pelos profissionais em suas práticas, o que compromete a assistência, assim como a continuidade dos cuidados. Este trabalho desponha como uma tentativa de aproximar os profissionais dos diferentes níveis de cuidado, a fim de oferecer assistência de qualidade, fundamentada em diálogo, troca de experiências e, sobretudo, dar seguimento aos cuidados que foram iniciados, efetivando uma continuidade de fato.

Destacar o enfermeiro como o profissional capaz de ser o elo para a continuidade do cuidado é de extrema relevância, pois entre suas atribuições estão o gerenciamento dos serviços, das equipes e do cuidado. O enfermeiro tem propriedade no que diz respeito ao planejamento, informações e sobre as necessidades do usuário, o que pode certamente ajudar o indivíduo em suas

transições, efetivando a continuidade de cuidados, resultando em benefícios para os usuários e para o sistema.

Este projeto está vinculado à linha de Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem e também ao Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS), da Universidade Federal do Paraná. Faz parte de um projeto guarda-chuva intitulado Estratégias de integração em rede: Contribuições da Enfermagem, coordenado pela orientadora deste trabalho.

O estudo da continuidade do hospital para o domicílio é uma forte tendência, porém a continuidade intra-hospitalar ainda é pouco explorada e era uma lacuna nos projetos da orientadora, por isso se apresenta como uma oportunidade de analisar a transição dos pacientes da UTI para a Enfermaria de Trauma e identificar os desafios neste processo. Este trabalho é composto por outros objetivos que serão estudados futuramente, a fim de contribuir com o objetivo maior, que é a análise da transição dos pacientes nos diferentes níveis de cuidado.

1 INTRODUÇÃO

Transições são entendidas como processos complexos multidimensionais, os quais refletem em mudanças na vida, saúde, relacionamentos dos indivíduos e no meio ambiente. Conceitua-se como uma transformação nas fases da vida, na condição ou de um estado de saúde para outro e engloba a percepção que o indivíduo tem desta mudança. (MELEIS, 2010).

Podem ser entendidas como uma experiência pessoal do indivíduo, mas também estão relacionadas ao gerenciamento dos serviços de saúde, sendo uma estratégia para efetivar a continuidade de cuidados. Elas podem acontecer em diversas situações e locais. Tem-se como exemplo as transições ocorridas dentro do ambiente hospitalar, do ambiente hospitalar para o domicílio e as transições nas condições de saúde e doença do indivíduo; salientando que estas impactam diretamente na continuidade do cuidado.

Nesse processo é elementar o papel do profissional de enfermagem na transição do indivíduo, uma vez que cabe a ele o gerenciamento dos cuidados, seja de um turno a outro, ou nas transferências internas entre unidades de uma mesma instituição; ou externamente entre serviços distintos, nos processos de contrarreferência em saúde. Em qualquer situação o enfermeiro deve oferecer apoio institucional, profissional e pessoal para que o paciente faça suas transições sem descontinuidade. O profissional torna-se um elo para a continuidade. Faz parte de sua responsabilidade garantir elementos que resultem em uma boa transição para o paciente.

A realização da transição dos cuidados é um processo desafiador, o qual requer ações e informações claras e objetivas, que contemplem as principais necessidades do paciente a serem supridas. (COLEMAN et al., 2006). É somente com um processo de transição muito bem definido que a continuidade dos cuidados será satisfatória, com o objetivo de otimizar e economizar recursos materiais e humanos, implicando em transições seguras para os pacientes e em ganhos financeiros para as instituições (NAYLOR et al., 2011).

O momento de transição dos cuidados de um nível de atenção a outro é um mecanismo que requer estratégias que assegurem a continuidade dos cuidados, principalmente ao se tratar de usuários complexos, como no caso dos pacientes egressos da UTI, sendo que, ao realizarem transições adequadas, estas interferirão

na redução de reinternações hospitalares (NAYLOR et al., 2011) ou de danos ao paciente. Sabe-se que os pacientes readmitidos apresentam piora ou agravamentos de seu quadro inicial, implicando em aumento de morbidade e mortalidade, tempo de permanência hospitalar e custos totais em saúde. (PSAILA, et al. 2015).

Um ponto de questionamento são as políticas institucionais para transição e o investimento realizado por parte dos profissionais na saída dos pacientes da UTI para a enfermaria, e a preocupação em adequar a transferência do paciente da UTI para outra unidade, atendendo suas necessidades de cuidados, exige critérios bem definidos que norteiem o profissional no processo, de acordo com as necessidades do indivíduo e sua família, a fim de evitar descontinuidades dos cuidados. (SOUZA, 2007).

Comumente, os enfermeiros consideram o planejamento de transição como atividade secundária à responsabilidade de cuidar, primário; porém, para garantir a segurança e continuidade, o planejamento de transição deve ser integrado aos cuidados diários, ou seja, o processo de continuidade situa-se em dois níveis de gerenciamento, primeiramente na gestão de cuidados diretos e posteriormente, na gestão das unidades. (LAUGALAND et al., 2012). Essa prática possibilita aos enfermeiros: avaliar as necessidades atuais e emergentes dos clientes; garantir um planejamento atualizado; preparar o paciente para que sejam garantidas a continuidade dos cuidados e a segurança na transição. (ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO (ONA), 2014).

Desse modo, os enfermeiros podem assegurar que os pacientes que recebem alta da UTI, ou do hospital, recebam uma preparação adequada para a transição e, igualmente, para a continuidade dos cuidados, sendo de extrema relevância para a enfermagem apreender o conceito de transição e as suas consequências, compreendendo também como trabalhar na administração do processo de transição e no auxílio aos indivíduos na resposta a suas necessidades de cuidados. (LUDIN; ARBON; PARKER, 2013; LUDIN; ARBON; PARKER, 2014).

Nos desfechos dos pacientes durante a primeira admissão na UTI após a alta, durante a mesma internação hospitalar, observa-se elevada taxa de mortalidade. (ARAÚJO et al., 2013). As taxas de readmissão antes da alta hospitalar e o tempo entre a alta da UTI e os óbitos que ocorrem nas enfermarias, com menos de sete dias de alta, também se destacam (CAMPBELL et al., 2008), e é dez vezes mais alta

a taxa de mortalidade quando associada à readmissão na UTI. (RODRIGUES et al., 2016).

Sendo assim, intervenções de planejamento de cuidados adequados às necessidades de transição dos pacientes e, portanto, o planejamento de alta da UTI são elementos cruciais do cuidado (LUDIN; ARBON; PARKER, 2013), pois a chance de os pacientes experimentarem um evento clínico adverso no prazo de até 30 dias após a alta do hospital é grande. (HOLLAND et al., 2012; TRACHTENBERG; RYVICKER, 2011). Decisões de planejamento da alta dos pacientes, em muitos casos, adiadas (CHABOYER et al., 2005) e com tempo limitado, e falta de conhecimento e habilidades para esta atividade são alguns dos complicadores para os enfermeiros. (LUDIN; ARBON; PARKER, 2013).

O planejamento da alta do paciente da UTI para quarto contribui na identificação precoce das necessidades de cuidados dos pacientes e melhora na qualidade da assistência, demonstrando que o preparo apropriado dos pacientes em estados críticos, durante o processo em que vivenciam a transição, seja antes e/ou após a alta da UTI, constitui-se em elemento importante no que se refere aos cuidados de enfermagem, e a falta dele traz maiores riscos para readmissão em hospitais e em serviços de emergência. (LUDIN; ARBON; PARKER, 2013; COLEMAN; MAHONEY; PARRY, 2005; KESSLER et al., 2013; MEYERS et al., 2014). Contudo, é pequeno o conhecimento referente às perspectivas de engajamento dos enfermeiros no processo de cuidar, especificamente nas experiências de transição de pacientes críticos. (LUDIN; ARBON; PARKER, 2013).

Não obstante, cuidados de transição para pacientes críticos e/ou para pacientes que tiveram experiências em UTI tendem a ser planejados no final do processo de doença ou perto da recuperação, frequentemente momentos antes da alta para o domicílio. Consequentemente, o planejamento para pacientes que transitam por ambientes de cuidados pode não ser feito corretamente, ocasionando descontinuidade de cuidados. Sendo assim, a preparação de pacientes para eventos de transição inicia pela admissão na UTI e continua até a transferência dos pacientes para outro nível de cuidado, como a enfermaria. (LUDIN; ARBON; PARKER, 2013).

Enfermeiros, especialmente os de UTI, trabalham em posição estratégica a fim de ajudar pacientes e/ou familiares na preparação ou diminuição das limitações significativas vivenciadas pelo paciente durante o processo de recuperação de

estados críticos de doenças. (LUDIN; ARBON; PARKER, 2013; LUDIN; ARBON; PARKER, 2014).

Logo, ao considerar as dificuldades encontradas para referenciar estudos nacionais específicos, a respeito do processo de transição do paciente da UTI para a Enfermaria, que este paciente vivencia um processo de transição e que, durante este processo, pode haver descontinuidade de cuidados, prejudicando ou retardando sua recuperação ou seu bem-estar, e que o enfermeiro possui conhecimento e posição estratégica para auxiliá-lo, pergunta-se: Como é o processo de transição de pacientes da UTI para a enfermaria em um hospital de trauma, na perspectiva da continuidade do cuidado, sob a ótica dos enfermeiros?

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para a construção desta revisão realizaram-se buscas em livros, periódicos, bancos de dados, e ela trata dos seguintes temas: Transição do cuidado na perspectiva da continuidade e Continuidade do Cuidado como conceito multidimensional.

2.1 TRANSIÇÃO DO CUIDADO NA PERSPECTIVA DA CONTINUIDADE

Nas últimas décadas intensificou-se discussão sobre a transição do cuidado como uma resposta à crescente prevalência de doenças crônicas e ao envelhecimento populacional, sendo uma forma de superar a fragmentação da atenção e garantir a continuidade dos cuidados na rede de atenção à saúde, como estratégia para a efetivação da integralidade. (ACOSTA, 2016).

A transição é um conceito familiar no desenvolvimento de teorias sobre estresse e adaptação, as quais contemplam tanto as continuidades quanto as descontinuidades nos processos de vida dos seres humanos, pois estão invariavelmente relacionadas à mudança em determinado momento, sendo este um tema relevante para a Enfermagem. (CHICK; MELEIS, 1986).

Outra definição comum para transição é a passagem de um estado bastante estável para outro estado razoavelmente estável, sendo um processo no qual há o desencadeamento de mudança. É caracterizada por fases, etapas e pontos de virada dinâmica para um indivíduo. (MELEIS, 2010).

Do ponto de vista de que a transição é um processo, o objetivo concerne em antecipar pontos no quais o indivíduo está mais propenso a atingir picos de vulnerabilidade, em relação à saúde. Os esforços estariam dirigidos ao estabelecimento de defesas em relação a esses riscos, modificando-os. (MELEIS, 2010).

Nesse sentido, as transições não são experimentadas uniformemente por todos os indivíduos, mesmo quando as circunstâncias são semelhantes. No entanto, existem algumas semelhanças, por exemplo, a existência de uma estrutura de dimensões composta de pelo menos três fases: entrada, passagem e saída. A sequência é invariável, mas a duração de cada fase e o grau associado à ruptura com elas não é. (MELEIS, 2010).

Identificam-se na enfermagem três tipos de transição relevantes: (1) Transição de Desenvolvimento, (2) Situacional e (3) Saúde/Doença. As primeiras estão relacionadas às fases do ciclo de vida de um indivíduo; as segundas, aos vários papéis educacionais e profissionais; e as últimas relacionam-se com o impacto das transições contextualizadas nas doenças exploradas pelo indivíduo. (CHICK; MELEIS, 1986).

O tema aponta a relevância no que tange à maneira como os enfermeiros podem fazer a diferença em ajudar os indivíduos no alcance de resultados saudáveis após suas transições, bem como quais intervenções podem ser utilizadas pela enfermagem para facilitar o processo de transição pelos indivíduos. (MELEIS, 2010).

Durante esse processo – de "enviar" e "receber" pacientes em transição de cuidados – exigem-se dos profissionais a uniformidade nos cuidados a fim de facilitar a comunicação e a continuidade das configurações desses cuidados, bem como acesso a registros que contemplem o problema atual, como esquema de medicação, alergias e função física e cognitiva. (COLEMAN et al., 2007).

Para a transição de cuidados, é importante considerar alguns pontos importantes como: preparar o local de cuidados seguinte, a fim de garantir arranjos materiais e estruturais neste próximo nível de cuidados; preparar os profissionais para reconhecer sintomas que possam indicar piora na condição do paciente, assim como a familiarização desses com o nível de cuidado exigido; e, por fim, assegurar a execução do plano de cuidados para o paciente em transição. (COLEMAN et al., 2007).

A compreensão a respeito das propriedades e condições inerentes a um processo de transição contribui na condução e desenvolvimento das ações de enfermagem, e essas convergem com as experiências dos clientes e suas famílias, as quais são particulares a cada indivíduo e ajudam a promover respostas saudáveis a essa transição. (MELEIS et al., 2000).

O conceito de transição de cuidados adotado é pautado em Coleman e Boulton (2003), no qual a transição de cuidados é um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde de pacientes em transferência entre diferentes locais ou diferentes níveis de cuidados do mesmo local; idealmente, as transições de cuidados são baseadas no nível de cuidados e na disponibilidade de cuidados de saúde. Fazem parte da transição dos cuidados:

logística no processo, armazenamento de informações, educação do paciente e sua família, bem como comunicação entre os profissionais de saúde e coordenação dos envolvidos na transição. (COLEMAN; BOULT, 2003). Além disso, a transição de cuidados pode ser considerada como uma quota do cuidado integrado, que ocorre ao longo da duração dos episódios de cuidado e pode ser vista como uma parte da prevenção de re-hospitalização. (ALLEN et al., 2014).

A transição de cuidados engloba o envio e o recebimento de todos os aspectos da transferência do paciente e é essencial para os indivíduos com necessidade e cuidados complexos. (COLEMAN; BOULT, 2003). A ampliação dos custos de saúde associados ao envelhecimento da população, o aumento da expectativa de vida, a carga de tratamento de doença crônica e as novas tecnologias de intervenção em saúde levaram os governos, em todos os lugares, a procurar soluções eficientes de custo e aplicar melhores práticas a fim de padronizar serviços de transição, o que tem implicado em melhora nos serviços de saúde sem necessariamente aumentar custos (FLEMING; HANEY, 2013).

Além disso, os indivíduos com necessidade de cuidados complexos exigem uma assistência igualmente complexa, contínua, de diferentes profissionais e serviços em múltiplas configurações de cuidados, bem como uma definição de diferentes metas em cada nível de atenção. (COLEMAN; BOULT, 2003). Os pacientes que precisam de cuidados de mais de um profissional, em múltiplas configurações, elevam os riscos de uma assistência fragmentada, com recomendações conflitantes, aumento das hospitalizações de emergência e aumento de custos associados aos cuidados. (COLEMAN et al., 2002).

Portanto, a movimentação do paciente nas diferentes configurações de cuidado aumenta significativamente o potencial para a fragmentação do cuidado. E, durante as transições, os pacientes correm o risco de erros de assistência, duplicação de serviços, serviços impróprios. (COLEMAN; BOULT, 2003).

A qualidade do intercâmbio de informações, coordenação de cuidados e comunicação são tidos como fatores valiosos na transição de cuidados. Isso demonstra que todas as partes envolvidas no processo de alta determinam uma lacuna entre a prática de alta atual e segura e a necessidade de melhoria. (HESSELINK et al., 2013).

Dessa forma, a transição de cuidados não é estritamente definida por um ponto de início e outro ponto final; ela inclui a pré-alta hospitalar e atividades

imediatas após a alta hospitalar, bem como o acompanhamento na próxima locação de cuidados. (HOLLAN; HARRIS, 2007; NAYLOR, 2011).

Sendo assim, uma transição de cuidados mal executada pode levar a resultados clínicos pobres, desconexão entre profissionais e pacientes, uso inadequado dos recursos hospitalares e emergências pós-agudas. (COLEMAN; BOULT, 2003).

A fim de evitar isso, os elementos essenciais de qualidade para a transição de cuidados são: (1) a comunicação entre os prestadores de serviços em diferentes níveis de cuidados; (2) a preparação do paciente e do cuidador para a transição dos cuidados; (3) a reconciliação de medicamentos em transição, elementos esses que contribuem para um mapa de acompanhamento e educação do paciente sobre a autogestão do cuidado. (COLEMAN; BOULT, 2003). Essa transição de cuidados inclui medidas destinadas a assegurar a coordenação e continuidade de serviços de saúde, envolvendo profissionais que detêm informações atuais sobre os objetivos, preferências e estado clínico do paciente. (COLEMAN; BOULT, 2003).

A fim de reduzir a fragmentação em ambientes de cuidados, tornam-se necessárias intervenções eficazes. No entanto, isto se limita pela falta de medidas para captura dos atributos essenciais nas transições de cuidados bem-sucedidas. (COLEMAN et al., 2002). Os domínios essenciais para transições de cuidados bem-sucedidas são: (1) a transferência de informação; (2) a preparação do paciente e do cuidador, em um plano e cuidados que não seja formado em torno da conveniência dos fornecedores e instituições de saúde; (3) o apoio para autogestão, em que o paciente adquira capacidades para gerir suas próprias condições por meio do acesso a profissionais de saúde; e, por fim, (4) o empoderamento do paciente, o qual desempenha papel ativo em oposição a um papel passivo no seu cuidado e transição, assumindo maior controle e afirmando suas preferências. (COLEMAN et al., 2002). Essas preferências e metas do paciente devem ser contabilizadas na formulação do plano de cuidados, bem como é preciso considerar os cuidadores familiares como parceiros na transição de cuidados, pois, sem isto, a adesão torna-se improvável. (SCHALL et al., 2013).

Nesse sentido, a literatura mostra que, ao explorar a percepção de transição nas perspectivas do paciente, cuidador e provedor da assistência, destacam-se temas relevantes para uma experiência de transição, como: planejamento prévio de admissões; angariar informações do paciente no momento da admissão;

necessidade de múltiplos serviços na preparação do paciente para a alta; altas precoces ou tardias que levam a um mau atendimento; e as dificuldades em seguir orientações dos cuidados posteriores. (FUGI et al., 2012). Dessa forma, os prestadores de cuidados têm papel importante no processo, no que diz respeito à transposição de barreiras para cuidados eficazes na transição, bem como na definição de quais as estratégias para superar estas barreiras. (FUGI et al., 2012).

Para Coleman e Boulton (2003), a melhoria da qualidade dos cuidados de transição para pessoas com necessidades complexas de cuidados contempla cinco posições estratégicas e fundamentais no processo de transição:

- (1) Os profissionais devem preparar os pacientes e seus cuidadores para o próximo ambiente de cuidados, envolvendo-os ativamente nas decisões relacionadas à formulação e execução do plano de cuidados de transição, reforçando a centralidade do cuidado no paciente e sua família. Contemplam-se seus anseios, valores e preferências no próximo nível de cuidados. Essa preparação deve garantir que o paciente e seus cuidadores sejam capazes de gerenciar suas condições de saúde e reconhecer sintomas de alerta que sejam indicativos de piora clínica, bem como assegurar meios para que paciente e seu cuidador consigam entrar em contato com um profissional que esteja familiarizado com suas necessidades e nível de cuidado.
- (2) O registro e acessibilidade ao plano de cuidados em transição, estabelecendo um intercâmbio de informações na área da saúde e o estabelecimento de uma comunicação bidirecional entre os profissionais envolvidos.
- (3) As políticas de promoção para cuidados de transição de alta qualidade, o que inclui a implementação de estratégias de melhoria da qualidade assistencial; o reconhecimento do papel crítico dos cuidados de transição na qualidade e resultados de cuidados vividos por pessoas com necessidades de cuidados complexos; indicadores de desempenho projetados para medir a eficácia da prestação de cuidados de transição entre os diferentes cenários de “envio e recebimento”, nos quais os prestadores de cuidados são responsabilizados pelo sucesso ou falha de transição de um paciente.

(4) A educação para os cuidados de transição deve ser fornecida a todos os profissionais de saúde envolvidos em transferências de pacientes nos diferentes contextos, logo, destaque para a formação de competências em transição.

(5) Pesquisas para melhorar a condução dos processos de transição, a fim de melhorar a compreensão e a prática dos cuidados de transição de alta qualidade, objetivando capacitar pessoas. Tanto para o paciente, para gerir seus cuidados, como os profissionais, melhorando a eficácia de sua formação e com o incentivo de estratégias mais eficazes.

Além disso, destaca-se a importância de um método sistemático para a classificação dos cuidados e transferências que sejam úteis para pacientes, cuidadores, profissionais e formuladores de políticas. Há uma necessidade de caracterizar a frequência e complexidade das transições, bem como de desenvolver estratégias eficazes que possam ser usadas para identificar os pacientes que estão em maior risco de experimentar transições complicadas. Essas intervenções devem ser sustentadas por práticas baseadas em evidências e as investigações precisam descrever os padrões de prevalência entre as transições de cuidados durante um período de tempo; caracterizar a complexidade dos cuidados de transição; e desenvolver e testar índices preditivos destinados à identificação dos pacientes que estão em maior risco para transições complicadas. (COLEMAN et al., 2004).

Com base na intervenção para a transição de cuidados, são considerados quatro pilares: (a) assistência com autogestão da medicação; (b) utilização de um registro de saúde centrado no paciente; (c) comunicação consistente no início ou no *follow-up* com prestadores de cuidados primários e/ou o médico; e (d) uma lista personalizada de "bandeiras vermelhas" que são indicativas de deterioração na condição do paciente. (COLEMAN et al., 2006).

Nesse sentido, dentre os fatores de sucesso cruciais para a melhoria de serviços de transição estão o apoio das equipes internas de gestores; lideranças claramente definidas; relatórios com mensagens consistentes, orientação padrão, *feedbacks* programados, transferência de conhecimento; processo de encaminhamento padronizado; definição do papel, escopo e função da equipe interprofissional; disseminação e sustentabilidade das melhores práticas de transição em face de contínuos bolsões de resistência ao processo; compartilhar

sucessos e desafios sobre os serviços de transição com seus pares e o poder da partilha de dados, tornando-os visíveis para a comunidade. (MEADOWS et al., 2014).

Cabe ressaltar que sistemas de informação contribuem para as mudanças nos processos de transição, contudo, todos os envolvidos devem ter garantido o mesmo acesso a ferramentas eletrônicas. Além disso, os processos de transição são complexos em virtude de os pacientes requererem diferentes níveis de cuidado. (MEADOWS et al., 2014).

Atualmente existe uma tendência de aumento da atenção focada em melhorar as transições pós-hospitalares. Os pacientes que estão de alta recebem instruções, mas com poucos detalhes, e as informações sobre o seu retorno são limitadas. As instruções de alta são um meio versátil de comunicação e devem orientar as discussões dos profissionais de saúde com os pacientes e seus cuidadores. No entanto, destaca-se ainda uma preparação inadequada dos cuidadores durante o processo de alta. (FOUST et al., 2012). Dessa forma, o profissional de enfermagem é um elemento que pode facilitar a prestação de cuidados. Todos os modelos de cuidados de enfermagem desempenham um papel importante no sentido de facilitar o fluxo de trabalho, o planejamento da força de trabalho e a organização da assistência ao paciente para alcançar os resultados ideais. Nesse sentido, um modelo importante na definição de cuidados intensivos é a centralidade no paciente com uma abordagem aos cuidados conduzida pelas necessidades dos pacientes e suas famílias. (CURLEY, 2007¹ apud SLOW et al. 2013). Logo, uma abordagem de cuidados centrada no paciente está associada à melhoria dos resultados para paciente e equipe de enfermagem. (HEDGES, 2012).

O *guideline* de transição de cuidados elaborado pela Associação das Enfermeiras de Ontário (ONA), no Canadá, fornece recomendações baseadas em evidências para enfermeiros e outros membros da equipe multidisciplinar que asseguram a avaliação e gestão dos clientes durante um tratamento de transição. O objetivo é estabelecer um guia de orientação sobre as transições de cuidados. (ONA, 2014). Nesse sentido, de acordo com o painel de especialistas realizado no trabalho da ONA (2014), os seguintes conceitos são a base de pontos de transição

¹ CURLEY, M. Synergy: The Unique Relationship Between Nurses and Patients, In: **The American Association of Critical-Care Nurses Synergy Model for Patient Care**. Indianapolis: Sigma Theta Tau International/ AACN, 2007.

de cuidados seguros e eficazes: (a) cuidado centrado nas necessidades do cliente; (b) relações terapêuticas; (c) comunicação eficaz; (d) tomada de decisões informadas; (e) princípios éticos; (f) privacidade e proteção de informações pessoais de saúde; (g) colaboração multidisciplinar; (h) liderança; (i) integração de sistemas; e (j) melhoria contínua da qualidade.

Os quadros a seguir foram compilados pela autora e trazem uma síntese das melhores práticas baseadas em evidências para a transição de cuidados, embasadas no *guideline Transitions des soins – Association des infirmières et infirmières autorisés de l'Ontario* (2014):

(a) Recomendações para a prática profissional durante a transição de cuidados

QUADRO 1 – TRANSIÇÃO DE CUIDADO

(continua)

Avaliação	Avaliar a atual necessidade de cuidados no atendimento dos pacientes, bem como sua evolução; regularmente, durante um episódio de cuidado, em resposta a uma alteração do estado de saúde ou necessidades de cuidado durante uma mudança de turno de trabalho e antes de deixar o hospital.
	“Melhor medicação possível” para pontos de transição de cuidado; usando um processo estruturado e sistemático para a coleta de informações sobre medicamentos de uso contínuo pelo paciente, incluindo dose, frequência e via de administração.
	Avaliar o estado de preparação física e psicológica do cliente para uma transição de cuidados.
	Avaliar o cliente, a família e cuidadores antes, durante e depois de uma transição de cuidados com base em fatores que afetem a capacidade de apreender as estratégias de autocuidado.
	Avaliar as necessidades de informações para aprendizagem do cliente, suas famílias e seus cuidadores antes, durante e depois de uma transição de cuidados.
Planejamento	Trabalhar com o cliente a família e seus cuidadores, bem como com a equipe multidisciplinar, para desenvolver um plano de transição que contemple as necessidades únicas do cliente, ao mesmo tempo promover a segurança e a continuidade dos cuidados.
	Comunicação eficaz para trocar informações sobre o cliente entre os membros da equipe multidisciplinar durante o planejamento de transição no atendimento.

QUADRO 1 – TRANSIÇÃO DE CUIDADO

(conclusão)

Implementação	Educar clientes, familiares e cuidadores sobre as transições de cuidados durante os atendimentos de rotina, adaptando as informações às suas necessidades e na fase de cuidados necessária.
	O uso de ferramentas de estratégias de documentação e comunicação padrão para a troca clara e oportuna de informações do cliente para pontos de transição de cuidados.
	Obter informações precisas e completas sobre os medicamentos tomados pelo paciente.
	Explicar ao paciente as estratégias de autocuidado a fim de incentivá-lo a ter autoconfiança na sua capacidade de cuidar de si mesmo durante as transições de cuidados.
Avaliação	Antes, durante e depois de uma transição, avaliar a eficácia do planejamento da transição para o cliente, a família e cuidadores.
	Avaliar a eficácia do planejamento da transição na continuidade dos cuidados.
	Avaliar a eficácia da comunicação e troca de informações entre o cliente, a família e os cuidadores e a equipe de cuidados de saúde durante as transições de cuidados.

FONTE: A autora com base em ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIÈRES AUTORISÉS DE L'ONTARIO (ONA) (2014).

(b) Recomendações para a formação profissional para a transição de cuidado

QUADRO 2 – CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA A TRANSIÇÃO DE CUIDADO

Treinamento	Para os profissionais de saúde que participam em atividades de formação, para melhorar o conhecimento e as habilidades específicas que eles precisam para assegurar uma coordenação eficaz das transições de cuidados.
	Estabelecimento de programas educacionais que incorporem a orientação sobre transições de cuidado no currículo básico e multidisciplinar, para que todos os profissionais de saúde tenham o conhecimento e as habilidades para avaliar as transições de cuidados dos clientes.

FONTE: A autora com base em ONA (2014).

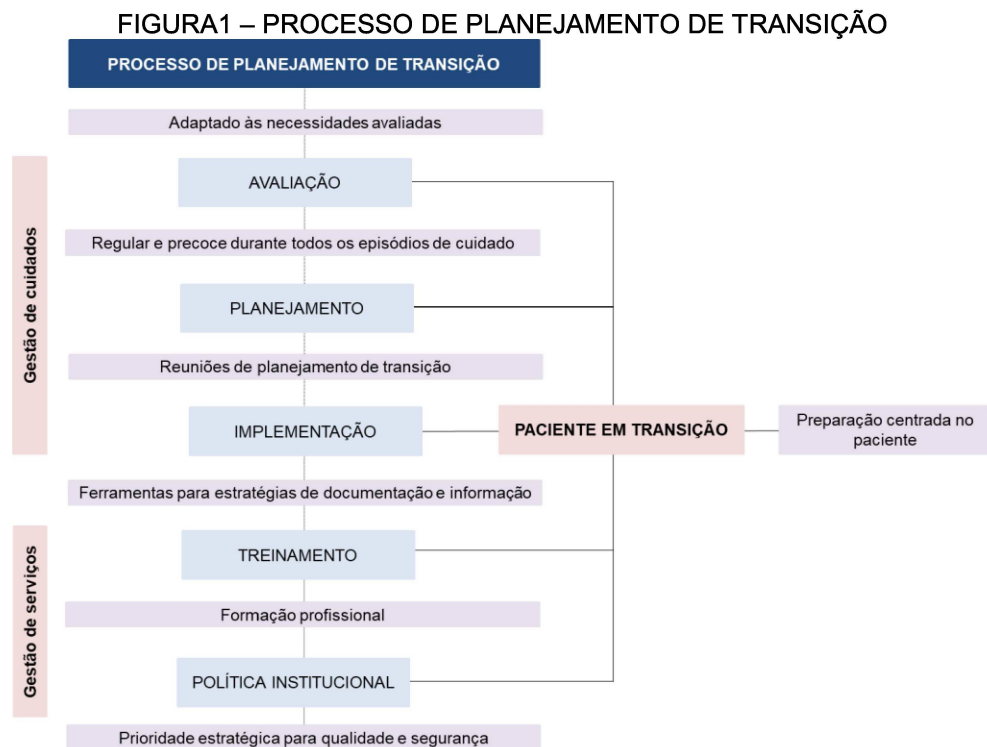
- (c) Recomendações para o estabelecimento e regulamento de política institucional para a transição de cuidado

QUADRO 3 – POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA A TRANSIÇÃO DE CUIDADO

Estabelecimento de política	Estabelecer transições de cuidados como uma prioridade estratégica, a fim de melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos clientes.
	Fornecer recursos humanos e/ou materiais, adotando estruturas em toda a organização para apoiar a equipe multidisciplinar durante as transições de cuidados dos clientes.
	Desenvolver políticas padronizadas e processo estruturado destinados a todos da organização em relação ao estabelecimento de uma reconciliação medicamentosa nos pontos de transição de cuidados.
	Estabelecer sistemas em toda a organização para a transmissão de informações do usuário durante o atendimento da transição, para cumprir todos os requisitos em matéria de confidencialidade, segurança e regulamentação da lei.
	Incluir a transição do atendimento no desempenho da instituição para iniciativas de apoio de melhoria da qualidade de resultados do cliente e funcionamento da equipe multidisciplinar.

FONTE: A autora com base em ONA (2014).

Com o seguimento das etapas para as melhores práticas em transição de cuidados, o processo do planejamento de transição pode ser resumido esquematicamente na FIGURA 1:



FONTE: A autora (2017)

Revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados indicaram que o processo de planejamento de transição adaptado às necessidades avaliadas para os cuidados de uma pessoa antes, durante e depois de uma transição de assistência é mais eficaz para a preparação do paciente, o que reduz as taxas de estadia e readmissão hospitalar. (RICHARDS; COAST, 2003; SHEPPARD et al., 2010). Portanto, a avaliação das necessidades do paciente deve começar cedo, independentemente do estabelecimento de cuidados de saúde. (LAUGALAND et al., 2012; SCHALL et al., 2013; SEVIN et al., 2013). Esse é um processo contínuo e particularmente importante nos seguintes aspectos: (a) na admissão e alta hospitalar; (b) durante uma alteração do estado de saúde, problema ou situação clínica; (c) quando mudam as necessidades de cuidados; (d) durante uma mudança de turno. (ACCREDITATION CANADA, 2013; 2014; JOINT COMMISSION, 2010; LAUGALAND et al., 2012).

O planejamento da transição deve levar em consideração as informações e o preparo necessários para os pacientes no que se refere ao gerenciamento das expectativas, a fim de evitar conflitos durante as transições de cuidados. (LAUGALAND et al., 2012; POPEJOY, 2011; SHEPPARD et al., 2010).

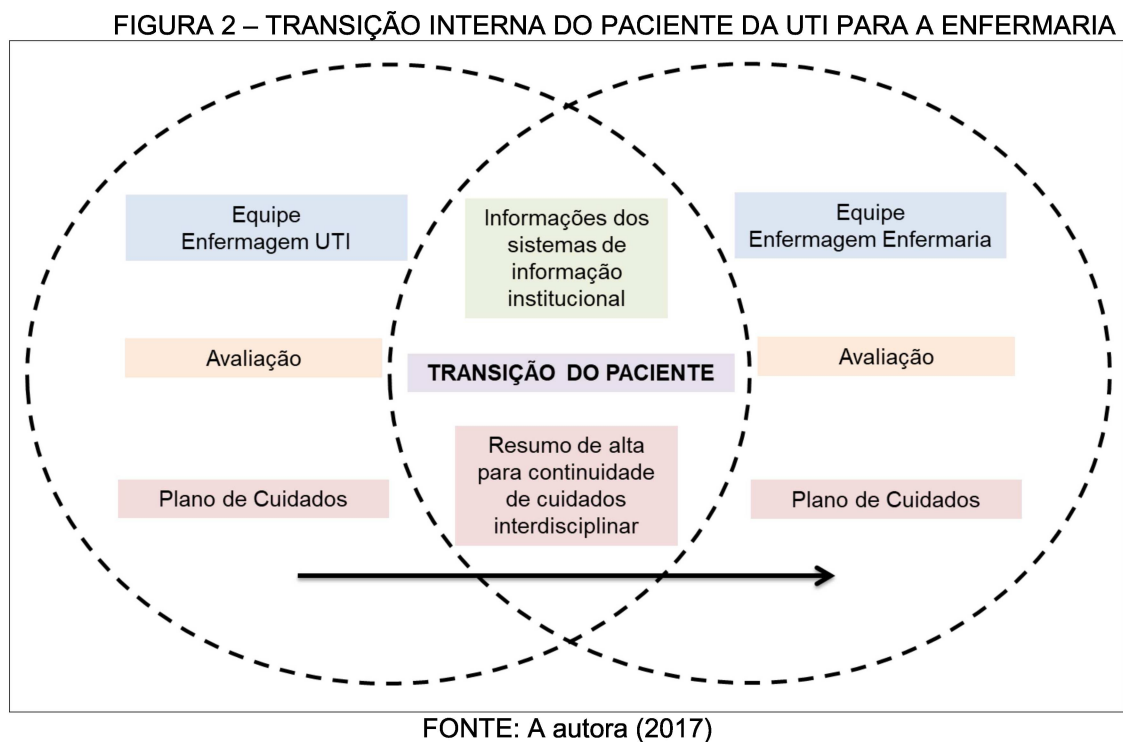
De acordo com a ONA (2014), um plano de transição deve começar pela determinação: (a) da natureza da transição; (b) das pessoas que estão envolvidas no planejamento; (c) dos objetivos e preocupações do cliente, seus familiares e cuidadores; e (d) das necessidades de informação do cliente, sua família e seus cuidadores, assim como dos membros da equipe multidisciplinar em ambas as extremidades (enviando e recebendo) da transição.

As reuniões de planejamento de transição devem incluir: (a) a história do paciente; (b) as avaliações, incluindo o estado funcional; (c) diagnóstico, investigações e resultados; (d) medicação e alergias; (e) a informação de segurança; (f) os requisitos e recomendações de equipamentos; (g) necessidades de cuidados; (h) diretivas antecipadas; (i) informação e formação para o cliente, a família e cuidadores; (j) resumos das consultas e alta hospitalar; e (k) os requisitos de monitorização. (ONA, 2014).

Já os requisitos de mudança no cuidado de um paciente devem ser mensurados na admissão e reavaliados regularmente durante todos os episódios de cuidados, para garantir que ele está pronto para uma transição dos cuidados.

(ACCREDITATION CANADA, 2014; FOUST, 2012; JOINT COMMISSION, 2010; LAUGALAND et al., 2012).

Meadows et al. (2014) criaram um modelo visual para ilustrar a transição, no qual um tratamento profissional para situações agudas utiliza ferramentas de mensagens instantâneas para documentar um plano de cuidado e a ligação é aplicada por meio de uma lente comunitária no plano, a fim de identificar o tipo e o grau de serviços de apoio domiciliário que o paciente vai precisar durante a transição. A partir dessa referência, foi desenvolvido para este estudo um modelo similar (FIGURA 2) a ser aplicado na transição interna de cuidados para pacientes de UTI, sob a ótica de uma equipe hospitalar de enfermagem.



O conhecimento acerca das experiências de transições dos pacientes criticamente doentes acarreta implicações para a prática de enfermagem, tais como: (1) a compreensão por parte dos enfermeiros que atuam na UTI a respeito da importância da transição e do que ela significa para o paciente, visto que a experiência de transição pode ter impacto significativo sobre o paciente, sua família e também nos profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidado destes pacientes; (2) a compreensão do processo de transição por parte dos enfermeiros torna-se ponto crucial na interpretação das interações pessoa-doença-meio

ambiente e dos efeitos atuais e potenciais sobre a saúde do indivíduo; (3) o entendimento da transição e suas consequências biopsicossociais-culturais embasa ações de enfermagem para pacientes críticos; (4) o domínio do conceito de transição contribui para a melhora na gestão dos pacientes críticos e com isto pode aumentar suas chances de sobrevivência; (5) preparar de forma adequada os pacientes para experiências de transição durante o processo de saúde/doença é um aspecto fundamental para recuperação de uma doença crítica. (LUDIN; ARBON; PARKER, 2013).

Burke e colaboradores (2013) identificaram os principais componentes para a transição do cuidado ideal, os quais podem auxiliar na identificação de problemas e guiar no planejamento de mudanças na prática. Os autores descrevem dez domínios que suportam uma “ponte”, a qual representa a transição dos pacientes de um serviço para outro (FIGURA 3):

FIGURA 3 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA PONTE COM COMPONENTES PRINCIPAIS PARA TRANSIÇÃO DO CUIDADO IDEAL



FONTE: Adaptado de BURKE et al. (2013, p. 12.)

Segundo os autores, a falta de um dos componentes enfraquece a ponte e, portanto, predispõe a lacunas no cuidado, comprometendo os resultados em saúde. Ou seja, o número de componentes presentes no cuidado é diretamente

proporcional à segurança que esta ponte proporciona e mais efetivo terá sido o processo de transição do cuidado do indivíduo. (BURKE et al., 2013).

O domínio do planejamento de alta envolve o princípio de planejamento antecipado para a alta hospitalar, enquanto o paciente ainda está sendo tratado no hospital, com objetivo de aumentar a capacidade de autocuidado do paciente. (BURKE et al., 2013; DELATORRE et al., 2013).

Outro componente é a comunicação completa de informações referentes ao conteúdo que deve ser incluído nos resumos de alta e outros meios de transferência de informações do hospital para o atendimento pós-alta, bem como a disponibilidade e organização desta informação para que seu acesso seja fácil e rápido. (BURKE et al., 2013).

Outro domínio é o da segurança de medicamentos, pois os medicamentos são responsáveis pela maioria dos eventos adversos pós-alta e, com isso, destaca-se a importância da reconciliação medicamentosa para melhorar a segurança do paciente. (BURKE et al., 2013).

As questões da educação do paciente e da promoção do autogerenciamento são consideradas essenciais para uma transição qualificada e envolvem o ensino de pacientes e seus cuidadores sobre os principais diagnósticos hospitalares e instruções para autocuidado. (BURKE et al., 2013).

Outro domínio são os apoios sociais e comunitários que significam um complemento importante e envolvem financiamento para programas de transição de cuidados baseados na comunidade, sendo cruciais para ajudar os pacientes no gerenciamento de seus cuidados. (BURKE et al., 2013).

O domínio do planejamento avançado de cuidados envolve o estabelecimento de metas de cuidados e, em conjunto com o domínio coordenação entre os membros da equipe, esforços são sincronizados entre configurações e provedores. (BURKE et al., 2013).

Finalmente, o domínio de monitoramento e gerenciamento de sintomas após a alta, como cada vez mais crucial, que se reflete em nossa crescente compreensão dos motivos para a readmissão, especialmente entre pacientes com condições frágeis, e o domínio do acompanhamento ambulatorial com provedores de pós-alta adequados são cruciais para fornecer transições ideais. (BURKE et al., 2013).

2.2 CONTINUIDADE DO CUIDADO COMO CONCEITO MULTIDIMENSIONAL

A continuidade dos cuidados é concebida de diferentes formas a depender do domínio de cuidados em que é conceituada. Contudo, existem dois elementos principais e três tipos de continuidade que ligam os domínios de cuidados de saúde. (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Os dois elementos centrais que embasam a definição de continuidade de cuidados são o indivíduo e o tempo, a partir do que é experimentado ao longo do tempo pelo indivíduo. Ambos os elementos constituem a existência de continuidade, porém a existência isolada deles não configura continuidade. (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002). Nesse sentido, as experiências dos pacientes e seus cuidadores a respeito da continuidade dos cuidados são chamadas de “continuidade experimentada”; e ocorrem a partir da perspectiva dos indivíduos que “experimentaram a continuidade” e se esta os atinge positivamente ou não. Tal avaliação dependerá da forma como os serviços executam os cuidados em dimensões particulares e de que forma irão contribuir para essa experiência. (FREEMAN et al., 2001).

Quanto aos tipos de continuidade, o Modelo Freeman é fundamentado em três proposições: (1) as experiências de continuidade dos cuidados para o paciente são o que importa, (2) a continuidade experimentada é um conceito complexo e multidimensional e (3) a necessidade de considerar as perspectivas dos prestadores de cuidados nos processos e resultados da continuidade dos cuidados. (FREEMAN et al., 2001).

Sendo assim, no Modelo de Freeman, os pacientes e as experiências de continuidade dos prestadores de cuidados são a unidade de significância e seus respectivos pontos de vista devem ser examinados. O objetivo é estabelecer como eles definem e que valores atribuem a essa experiência. (FREEMAN, 2001).

No que tange ao paradigma de parceria, colocam-se em evidência as conexões e as relações entre pacientes, seus familiares e profissionais, bem como em que medida os pacientes e cuidadores informais estão envolvidos como parceiros no cuidado com os profissionais. Considera-se que a continuidade do cuidado é construída por meio da interação entre os pacientes, membros de suas redes de cuidado informal e profissionais. O andamento de uma boa continuidade no cuidado depende da força das conexões e dos relacionamentos. (HEATON;

CORDEN; PARKER, 2012). Além disso, a continuidade de atendimento tem sido considerada constituinte fundamental para cuidados primários, além de ser associada aos processos para melhorar a qualidade a assistência. (AL-AZRI, 2008).

Não obstante, a continuidade dos cuidados é descrita com base no estado ou na qualidade de ser ininterrupta, sequencial e sucessiva. Entre os termos relacionados ao conceito estão ainda “ligação”, “coerência”, e o fato de ser contínua. (UIJEN et al., 2012). Ela se dá em decorrência de uma combinação entre diversos fatores: o acesso adequado para cuidar de pacientes, o bom relacionamento interpessoal, o bom fluxo de informação, a captação entre provedores e organizações, o bom atendimento e a coordenação entre os prestadores de cuidados com a capacidade de manter a consistência destes. (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

As mudanças nos cuidados ocasionadas pelo avanço tecnológico permitem novas configurações de cuidados e a expansão dos provedores desses cuidados tornam a linearidade de trajetória de cuidados cada vez mais complexa, e entre as preocupações dos profissionais de saúde, gestores e pacientes, está a fragmentação do cuidado. (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Para o indivíduo, a continuidade é a experiência do cuidado ao longo de um determinado período. Para o provedor de cuidado, é a experiência de ter informações e conhecimento sobre esse indivíduo de quem cuida, a fim de melhor aplicar a sua competência profissional, com a confiança de que os seus cuidados serão reconhecidos e continuados por outros provedores de cuidados. (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Para tanto, um modelo multidimensional para definir a continuidade dos cuidados descreve a continuidade como sendo um provimento de cuidados ao paciente de modo sequencial. Nesse caso, consideram-se as alterações ao longo do tempo, proporcionando bons cuidados – independentemente da sua localização –; o tratamento de diversas doenças em um paciente; ganho de “confiança” dos pacientes, familiares e colegas; conhecimento a respeito de seus pacientes. (UIJEN et al., 2012).

Nesse sentido, as qualidades fundamentais para os cuidados fundamentam-se na continuidade desses, na coordenação do atendimento, na integração de cuidados, no cuidado centrado no paciente e na gestão de casos. (UIJEN et al., 2012).

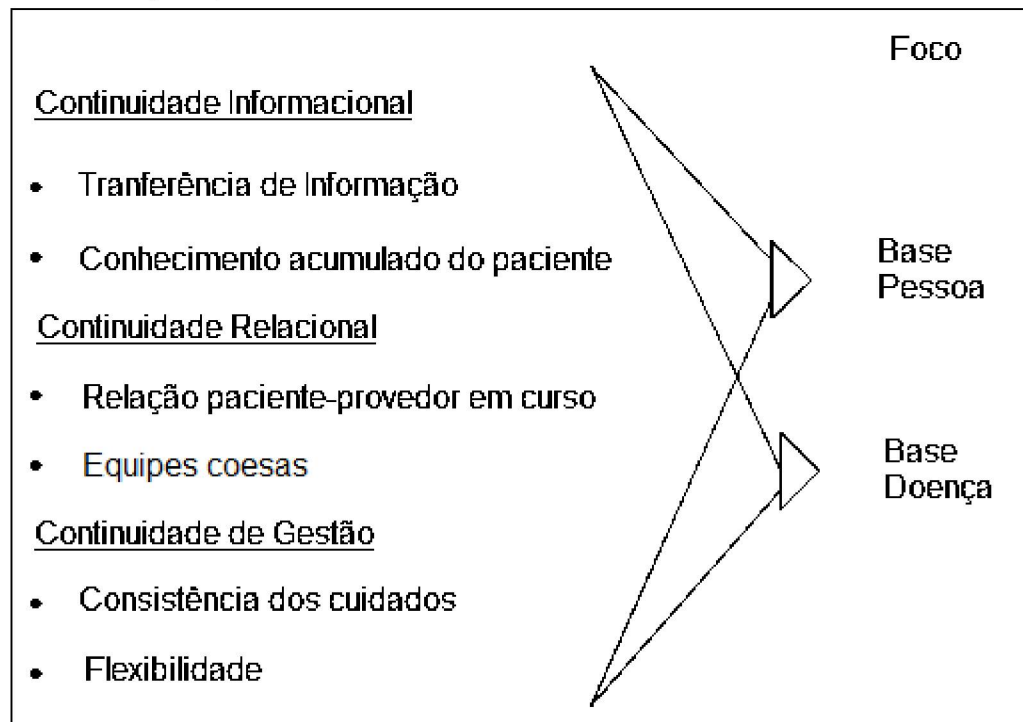
A maioria das definições é formulada a partir da perspectiva do paciente. Em geral, as definições de continuidade dos cuidados são compostas por três temas principais: (1) um profissional fornecedor do cuidado em todos os ambientes de cuidados que conhece e segue o paciente; (2) a comunicação de informações pertinentes dos pacientes entre os prestadores de cuidados; (3) a cooperação entre os prestadores de cuidados, tanto em uma configuração específica de cuidado como em ambientes diferentes de cuidados, a fim de garantir que o cuidado esteja conectado. (UIJEN et al., 2012).

Sendo assim, a continuidade do cuidado é essencial para o planejamento de ações peculiares acerca das necessidades individuais, tanto na esfera hospitalar quanto na atenção primária. (BERNARDINO et al., 2010). Essa garantia é crucial em todos os pontos da rede de atenção à saúde.

Ao considerar-se a continuidade do cuidado, na perspectiva do paciente, percebe-se que esta acontece por meio da disponibilização de recursos. E, para isto, torna-se necessário considerar o delineamento de estratégias que objetivem a prestação de uma assistência contínua que extrapole a dimensão individual e subjetiva, apesar das fragilidades encontradas no processo. (FREITAS; MOREIRA; BRITO, 2014).

Foram delineados três tipos de continuidade que capturam a essência do conceito: a continuidade informacional; continuidade relacional; e continuidade de gestão (FIGURA 4). As buscas na literatura demonstraram outras denominações para continuidade, porém optou-se por utilizar os conceitos dos autores Reid, Haggerty e McKendry (2002).

FIGURA 4 – TIPOS DE CONTINUIDADE SEGUNDO REID, HAGGERTY E MCKENDRY (2002).



FONTE: Adaptado de REID; HAGGERTY; MCKENDRY (2002, tradução nossa).

A disponibilidade e uso de informações sobre eventos e circunstâncias anteriores – sejam outras visitas, resultados laboratoriais, recomendações de referência ou o cuidado informal – referem-se à Continuidade Informacional. A informação é a linha condutora que liga o cuidado de um fornecedor para outro, assim como de um serviço de saúde para outro. As informações podem ser baseadas em papel, meio eletrônico ou contidas na memória de um provedor. (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Já a Continuidade Relacional reconhece que o contato permanente entre um paciente e um provedor é um elo que interliga o cuidado ao longo do tempo. A continuidade relacional também é pensada para gerar um conjunto de benefícios, como a confiança, a compreensão mútua e uma sensação constante de responsabilidade para com o paciente. (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Por último, a Continuidade da Gestão centra-se em um problema de saúde particular, especialmente aqueles que são crônicos ou recorrentes. O plano de gestão pode cobrir apenas uma parte da doença ou se estender desde o diagnóstico até o tratamento ou palição. Os planos são especialmente relevantes quando o cuidado é entregue por uma variedade de fornecedores, porque os objetivos, as abordagens de tratamento e as linhas de responsabilidade podem ser explicitados.

Sendo assim, a Continuidade da Gestão significa que o atendimento recebido de diferentes fornecedores está ligado de forma coerente. (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Dessa forma, sabe-se que a continuidade tem sido considerada fator poderoso, pois pode afetar os resultados e a qualidade dos cuidados, tais como: prevenção ou redução das incapacidades físicas, mentais e sociais; o aumento da satisfação do paciente; e redução das despesas agregadas à saúde. (GONNELLA; HERMAN, 1980² apud AL-AZRI, 2008). Por exemplo, os pacientes com condições crônicas de saúde, os quais possuem um provedor regular primário de cuidado, receberão cuidados mais intensivos e assim conseguirão um melhor controle de sua condição do que pacientes com nenhum provedor regular de saúde. (AL-AZRI, 2008).

Nesse sentido, a continuidade dos cuidados tem grande efeito sobre os resultados em saúde; conseqüentemente, implica na qualidade do atendimento. Alguns elementos na continuidade entre os pacientes e os profissionais de saúde, tais como: a confiança, a boa comunicação e o relacionamento, podem influenciar na adesão às recomendações, o que implica na satisfação sobre os serviços, levando à manutenção da continuidade. Já a ausência desse vínculo afeta a continuidade e compromete a eficácia, eficiência e diminui a qualidade das relações interpessoais. (AL-AZRI, 2008).

A continuidade sugere uma relação longitudinal entre pacientes e aqueles que cuidam deles, o que transcende vários eventos de doença e inclui a responsabilidade e a coordenação de cuidados focados em prevenção, sendo caracterizada por uma forte relação de confiança e lealdade entre profissional e paciente (SAULTZ, 2000³; MCWHINNEY, 1997⁴ apud SAULTZ, 2003).

² GONNELLA, J.S; HERMAN, M.W. Continuity of care. JAMA, [s.l], v.243, n.4, p.352-354, 1980.

³ SAULTZ, J.W. Continuity of care. In: SAULTZ, J.W. (Ed.). **Textbook of family medicine**. New York, NY: McGraw-Hill, 2000. p.52-77.

⁴ MCWHINNEY, I.R. Principles of family medicine. In: McWHINNEY, I.R. (Ed.). **A textbook of family medicine**. 2.ed. New York, NY: Oxford University Press, 1997. p.18-20.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o processo de transição dos pacientes da UTI para a enfermaria de trauma na perspectiva da continuidade do cuidado sob a ótica dos enfermeiros.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as fases transição dos pacientes da UTI para a enfermaria de trauma, na perspectiva dos enfermeiros da UTI e da enfermaria.
- Propor os elementos para um plano de transição dos pacientes da UTI para a enfermaria de trauma, na perspectiva da continuidade do cuidado.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Neste capítulo, apresenta-se o percurso metodológico do trabalho a fim de que fossem alcançados os objetivos propostos. Para tanto, descrevem-se o tipo de estudo, o cenário, os participantes da pesquisa, a coleta e análise dos dados e os aspectos éticos.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória. As pesquisas exploratórias visam proporcionar familiaridade com o problema, a fim de tornar seu objetivo mais evidente, a partir do aprimoramento de ideias ou da descoberta de intuições. (GIL, 2002).

A investigação exploratória pode estar focada em um levantamento bibliográfico e documental, ou em entrevistas e observações. Objetiva desenvolver, explicar e modificar conceitos e ideias para a formulação de abordagens posteriores, permitindo uma visão geral de um fato, corroborando com a descoberta de novos enfoques sobre um determinado assunto. (LACERDA; COSTENARO, 2016).

Considera-se o processo, na pesquisa qualitativa, indutivo e situado em um contexto em que o pesquisador produz significados a partir dos dados coletados, por meio de diferentes materiais (experiência pessoal, introspecção, história de vida, entrevista, textos produções culturais, entre outros) que descrevam momentos e significados na vida dos indivíduos, e o pesquisador lança mão de diferentes práticas interpretativas para tentar compreender seu objeto de estudo. (LACERDA; COSTENARO, 2016).

A pesquisa qualitativa é constituída por dois grupos de características que constituem o objeto e determinam o método, sendo as características que se referem à pessoa (suas ações, obras, expressões, interpretações, significados e produções) e ao investigador (na observação cuidadosa, interpretação de dados e a elaboração de relatório final), e pelas características referentes aos contextos e situações sociais observados, em que as relações entre atores e o pesquisador estão ocorrendo. (VASILACHIS DE GIALDINO, 2009).

Sob a perspectiva da pesquisa qualitativa, o pesquisador ressalta a natureza socialmente construída da realidade, em um limiar tênue da relação entre

pesquisador e o estudo, buscando clarificar a criação das experiências sociais e seus significados. Com isto, os achados qualitativos se fazem necessários na descrição e compreensão de experiências ou fenômenos. (LACERDA; COSTENARO, 2016).

A abordagem de pesquisa qualitativa consiste em um conjunto de práticas interpretativas e materiais que tornam o mundo visível e essas práticas transformam o mundo, ao transformá-lo em uma série de representações. Além disso, envolve uma postura interpretativa, o que significa que os pesquisadores buscam entender ou interpretar fenômenos em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem. (FLICK, 2009).

Estudos qualitativos são de extrema relevância na atualidade, uma vez que se fazem presentes novos contextos e perspectivas sociais, exigindo dos pesquisadores se utilizarem de técnicas indutivas, em que sujeitos e situações são considerados relativos e, para tal, a abordagem qualitativa pode ser tida como opção. (FLICK, 2009).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um hospital geral, vinculado à Secretaria de Saúde do estado do Paraná (SESA/PR), com sede no Município de Curitiba, de grande porte, referência no atendimento ao trauma no Sul do Brasil, o qual atua como prestador de serviço a pacientes vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente constitui-se de 222 leitos no total, divididos em: trauma, pronto-socorro, hospital-dia, maternidade, pediatria, infectologia, unidade de cuidado intermediário neonatal (UCIN), UTI Neopediátrica e Adulto; sendo 30 destes leitos destinados à UTI Adulto, subdivididos em duas unidades, UTI geral de 20 leitos e UTI clínico-cirúrgica de 10 leitos e, ainda, 60 leitos de enfermaria, destinados ao trauma.

4.3 PARTICIPANTES

A Direção de Enfermagem do hospital de estudo disponibilizou uma listagem, contendo os profissionais que atuavam como enfermeiros assistenciais nas UTIs (Geral e Clínico-Cirúrgica) e na enfermaria de trauma, quantitativamente representados por 17 e 8 profissionais, respectivamente, em número de 25.

Como critérios de inclusão foram adotados: possuir vínculo empregatício com o local de estudo, desempenhar atividade assistencial independente do turno de trabalho, sendo a inclusão na pesquisa efetivada após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1).

Os critérios de exclusão foram: enfermeiros assistenciais que estavam afastados de suas atividades laborais por férias ou licença de qualquer natureza (médica, maternidade, prêmio) no período da coleta dos dados, e aqueles que se recusassem a participar da pesquisa.

Optou-se por incluir somente os enfermeiros assistenciais que atuavam nas unidades de escolha da pesquisa, por julgar-se um requisito importante o envolvimento direto no processo da transição e continuidade dos cuidados dos pacientes da UTI para enfermaria, inerente ao conhecimento específico que as áreas exigem dos profissionais e à dinâmica de suas unidades de trabalho.

A amostra foi definida por seleção não probabilística, que tem o intuito de produzir amostras mais precisas e representativas. O tipo de amostra escolhido para a pesquisa é a amostragem intencional, a qual parte do princípio de que os conhecimentos do pesquisador a respeito de uma população e seus elementos podem ser empregados para escolher os casos que serão compreendidos na amostra. Considera-se também a seleção dos sujeitos tidos como característicos da população em questão ou conhecedores das questões que estão sendo estudadas. (POLIT; HUNGLER, 2004).

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 24 enfermeiros assistenciais, entretanto, dois enfermeiros não tiveram disponibilidade de ausentar-se de suas atividades para realizar a entrevista, em nenhuma das três tentativas realizadas pela pesquisadora. Assim, a amostra deste estudo foi composta por 22 enfermeiros assistenciais.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada, durante a jornada de trabalho dos profissionais, com os áudios gravados e posteriormente transcritos, nos meses de maio a junho de 2017.

Nas entrevistas semiestruturadas, as perguntas são previamente determinadas pelo pesquisador, sendo dos tipos abertas ou fechadas, permitindo a possibilidade do pesquisador de aprofundar as respostas concedidas pelo entrevistado, sem perder o foco no tema abordado, exigindo uma escuta cuidadosa. (LACERDA; COSTENARO, 2016).

Gil (2011) corrobora com o conceito acima e coloca a entrevista como uma técnica de coleta de dados em que o pesquisador se apresenta frente ao investigado lhe fazendo indagações, objetivando a obtenção de informações que interessam à pesquisa. É, portanto, uma maneira de interação social, ou melhor, um diálogo assimétrico, em uma relação mútua das partes em que uma parte coleta dados, enquanto que a outra concede informações.

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi submetido a dois testes piloto com enfermeiros de outro hospital e, posteriormente, ajustado conforme as necessidades identificadas. O instrumento é composto por questões para a caracterização dos participantes da pesquisa (idade, sexo, tempo de experiência profissional, qualificação, setor de trabalho) (APÊNDICE 2) e seis perguntas abertas (APÊNDICE 3). A primeira solicita ao enfermeiro assistencial que descreva sua experiência/vivência como enfermeiro de UTI ou de enfermaria relacionadas ao processo de alta/transição de um paciente da UTI para a enfermaria; a segunda solicita que o enfermeiro de assistência da UTI e da enfermaria descrevam como é a comunicação entre os enfermeiros durante o processo de alta/transição da UTI para a enfermaria; a terceira diz respeito ao envolvimento da família no processo de alta/transição do paciente da UTI para a enfermaria; a quarta pergunta, a quais fatores influenciam na transferência da UTI para a enfermaria; a quinta, a como o enfermeiro acha que poderia ser feito o processo de alta/transição do paciente da UTI para enfermaria para melhorar a continuidade do cuidado; e, na sexta pergunta, o enfermeiro foi questionado se gostaria de acrescentar algo que não tivesse lembrado ou que fizesse parte de sua vivência e que não tivesse sido abordado. Também houve questões complementares dentro das questões 1 e 2, caso o

participante não contemplasse os objetivos do tema proposto, assim como houve perguntas direcionadas somente a enfermeiros de UTI e/ou a enfermeiros da enfermaria, por terem experiências distintas em alguns momentos, devido ao seu local de trabalho.

Antes do início da entrevista foi disponibilizada uma vinheta (APÊNDICE 4) com as definições de transição e continuidade dos cuidados aos participantes. A vinheta é conceituada como uma descrição breve de eventos ou situações, reais ou fictícias, às quais os participantes são solicitados a reagir e tem como objetivo conseguir informações sobre a percepção, opinião ou conhecimento sobre o fenômeno estudado. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Esta técnica permitiu que os participantes se familiarizassem com o tema, e isto impactou diretamente na qualidade das respostas do estudo, enriquecendo o conteúdo e promovendo reflexão e sensibilização dos participantes a respeito da temática.

Para que as entrevistas fossem viabilizadas, houve um contato inicial com a diretora de enfermagem da instituição e os coordenadores de enfermagem das unidades, a fim de explicar os objetivos da pesquisa.

Posteriormente, houve o contato com cada enfermeiro assistencial das UTIs e da enfermaria, os quais foram convidados a participar da pesquisa e esclarecidos acerca dos objetivos do estudo. Com isto, as entrevistas foram agendadas em local, data e horário acordados entre pesquisadora e participantes da pesquisa. As entrevistas realizaram-se dentro das dependências físicas da instituição.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Neste estudo, os dados foram interpretados seguindo os passos descritos pela Análise de Conteúdo Temático Categorical (ACTC), proposta por Oliveira (2008), por possibilitar a manipulação das mensagens, seja do seu conteúdo ou de sua expressão, permitindo inferir sobre outra realidade. (OLIVEIRA, 2016).

Para apoiar a análise, organização, construção de quadros e quantificação dos dados, foi utilizado o *software* MAXQDA®, que é um *software* profissional, lançado em 1989 por pesquisadores alemães, para a análise de dados qualitativos e métodos mistos de pesquisa. (MAXQDA, 2017).

Logo, a ACTC é uma técnica que sistematiza a análise de dados por meio do cumprimento de etapas que dão sustentação à sua aplicação, objetivando alcançar os resultados de uma pesquisa qualitativa.

A Análise de Conteúdo (AC) pode ser conceituada de diferentes formas, considerando a vertente teórica pela qual é desenvolvida, mas pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens como indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens. (BARDIN, 2016).

Dentre as diferentes técnicas de aplicação, destaca-se a ACTC. A ACTC, desenvolvida em 2004 e publicada em 2008, vem sendo empregada como modelo de análise em diversos cursos de graduação e pós-graduação, podendo-se citar, entre eles, a enfermagem. (OLIVEIRA, 2016).

A técnica de AC pressupõe etapas como a: pré-análise, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2016). Permite-se colocar como um princípio da ACTC a redução dos dados. (OLIVEIRA, 2016).

As nove etapas e procedimentos da ACTC, que apoiam o desenvolvimento da técnica, serão descritos a seguir:

Leitura flutuante, intuitiva ou parcialmente orientada do texto: implica na aproximação do conteúdo por meio da leitura exaustiva, de maneira que o pesquisador analise o conteúdo sem deixar-se impressionar por elementos específicos. (OLIVEIRA, 2016). No presente estudo, a leitura flutuante ocorreu em 88 páginas de texto, que foram exaustivamente analisadas.

Definição de hipóteses: após a leitura flutuante do conteúdo analisado, elaboram-se hipóteses provisórias a respeito do objeto da pesquisa. Estas hipóteses norteiam o processo de análise, para que, ao longo deste, se permaneça fiel ao objeto em questão. (OLIVEIRA, 2016).

Para o desenvolvimento dos objetivos propostos, o primeiro grupo entrevistado foi o dos profissionais enfermeiros que atuavam na UTI e o segundo grupo entrevistado foi o dos profissionais enfermeiros que atuavam na enfermaria.

Tendo como referência a análise desses dados, foram verificadas as seguintes hipóteses: o processo de alta da UTI para a enfermaria é influenciado por fatores ligados à comunicação, necessidades de cuidados e envolvimento da família do paciente? Uma boa transição evita descontinuidade do cuidado? Os enfermeiros envolvidos na transição do paciente da UTI para a enfermaria têm importância para o processo?

Determinação das unidades de registro (URs): As URs podem ser determinadas como: palavras, frases, parágrafos, temas, objeto ou referente, personagem, acontecimento ou documento. Ressalta-se que apenas um tipo de unidade deve ser utilizado na análise, de maneira a permitir uma aplicação de regras e sua quantificação. (OLIVEIRA, 2016). Para o desenvolvimento deste estudo, foi escolhida como unidade de registro (UR) a resposta do participante a uma questão aberta, num total de 416 URs, sendo 294 URs do grupo de enfermeiros da UTI, e 122 URs para o grupo de enfermeiros da enfermaria.

Marcação no texto do início e final de cada UR observada: a UR é um recorte ou extração de um *corpus* de análise, que deverá estar demarcada no texto. (OLIVEIRA, 2016). No presente estudo as URs, as respostas do participante, foram identificadas e organizadas em grupos (UTI e enfermaria), selecionadas com um código, denominado pela pesquisadora de UR.

Definição das unidades de significação (US): é a associação das URs com as US, significando que todas as US deverão fazer alusão e abranger um conjunto de URs, e expressam os significados contidos nas URs. (OLIVEIRA, 2016). Na presente pesquisa, após a determinação e análise das URs, identificou-se um total de 24 unidades de significação, que serão explicitadas nos QUADROS 4 e 5.

Análise temática das US: quantificação, segundo a ocorrência das URs em cada US, presença ou ausência dessas unidades. (OLIVEIRA, 2016). Os dados analisados dos profissionais enfermeiros que originaram as US estão explicitados conforme os QUADROS 4 e 5, elaborado pela adaptação de quadros descritos no método de Oliveira (2008).

Os dados analisados dos enfermeiros da UTI originaram 13 US, conforme o QUADRO 4.

QUADRO 4– SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA UTI

CÓDIGO US	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO (US)	TOTAL UR / US	TOTAL CORPORAL*/ US
US1	Preparo para alta do paciente da UTI para a enfermaria	26	13
US2	Decisão de alta do paciente da UTI para a enfermaria	17	15
US3	Tipo de informação necessária para o processo de continuidade de cuidados	13	9
US4	Critérios para alta do paciente da UTI para a enfermaria	12	11
US5	Fatores institucionais envolvidos no processo de transição do paciente e continuidade de cuidados	11	9
US6	Recursos humanos e tecnológicos envolvidos no processo de transição do paciente e continuidade de cuidados	8	5
US7	Personalização do atendimento ao paciente em transição de cuidados da UTI para a Enfermária	7	4
US8	Modo de comunicação no processo de continuidade de cuidados	7	6
US9	Definição de protocolos no processo de transição do paciente e continuidade de cuidados	7	4
US10	Fatores clínicos do paciente em transição de cuidados	7	7
US11	Registro de informação no processo de continuidade de cuidados	6	5
US12	Preocupação dos enfermeiros com a descontinuidade de cuidados	4	3
US13	Mudança no processo de transição do paciente e continuidade de cuidados	3	2

FONTE: A autora (2017).

NOTA: * Número de entrevistas que têm UR na US

No QUADRO 5 serão explicitadas as 11 US originadas pelos dados dos enfermeiros da enfermária.

QUADRO 5– SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ENFERMARIA

CÓDIGO US	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO (US)	TOTAL UR/US	TOTAL CORPORAL*/ US
US1	Preparo para o recebimento do paciente de alta da UTI para a enfermaria	12	6
US2	Tipo de informação necessária para o processo de continuidade de cuidados	9	7
US3	Orientações do enfermeiro no processo de transição do paciente e continuidade de cuidados	11	3
US4	Fatores institucionais envolvidos no processo de transição do paciente e continuidade de cuidados	15	6
US5	Mudanças necessárias para melhora do processo de continuidade de cuidados da UTI para enfermaria	9	5
US6	Papel da enfermeira na admissão do paciente em transição de cuidados	6	5
US7	Lacunas de informação no processo continuidade de cuidados da UTI para enfermaria	23	7
US8	Recursos humanos e materiais envolvidos no processo de transição do paciente e continuidade de cuidados	8	4
US9	Definição de protocolos no processo de transição do paciente e continuidade de cuidados	9	6
US10	Modo de comunicação no processo de continuidade de cuidados	11	5
US11	Registro de informação no processo de continuidade de cuidados	4	4

FONTE: A Autora (2017).

NOTA: * Número de entrevistas que têm UR na US

Análise categorial das US: a partir construção e quantificação das US, devem ser definidas suas dimensões, agrupando-as segundos critérios empíricos, teóricos ou hipóteses de análise, estabelecendo as categorias. (OLIVEIRA, 2015). As 24 US foram reagrupadas de acordo com suas semelhanças e promoveram a construção de quatro categorias, conforme explicitado no QUADRO 6.

QUADRO 6– CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS CONSIDERANDO O AGRUPAMENTO DAS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO E PORCENTAGENS DE UNIDADES DE REGISTRO POR UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO

CATEGORIAS	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº TOTAL URS / US	% URS / US
Elementos indicativos para a saída e entrada do paciente em transição da UTI para a enfermaria	Critérios para alta do paciente da UTI para a enfermaria	12	21,5
	Fatores institucionais envolvidos no processo de transição do paciente e continuidade de cuidados	11	19,29
	Fatores clínicos do paciente em transição de cuidados	7	12,28
	Fatores institucionais envolvidos no processo de transição do paciente e continuidade de cuidados	15	26,31
	Preparo para o recebimento do paciente de alta da UTI para a enfermaria	12	21,05
	TOTAL	57	100
Planejamento do processo de transição e continuidade do cuidado do paciente da UTI para a enfermaria	Preparo para alta do paciente da UTI para a enfermaria	26	43,33
	Decisão de alta do paciente da UTI para a enfermaria	17	28,34
	Orientações do enfermeiro no processo de transição do paciente e continuidade de cuidados	11	18,33
	Papel da enfermeira na admissão do paciente em transição de cuidados	6	10,00
	TOTAL	129	100
Efetivação do processo de transição e continuidade de cuidados do paciente da UTI para a enfermaria	Tipo de informação necessária para o processo de continuidade de cuidados	22	47,83
	Modo de comunicação no processo de continuidade de cuidados	18	39,13
	Registro de informação no processo de continuidade de cuidados	6	13,04
	TOTAL	46	100
Elementos facilitadores do processo de continuidade de cuidados do paciente em transição da UTI para a enfermaria	Personalização do atendimento ao paciente em transição de cuidados da UTI para a Enfermaria	7	9,0
	Definição de protocolos no processo de transição do paciente e continuidade de cuidados	16	20,50
	Preocupação dos enfermeiros com a descontinuidade de cuidados e lacunas de informação no processo de continuidade de cuidados da UTI para enfermaria	27	34,62
	Mudanças necessárias para melhora do processo de continuidade de cuidados da UTI para enfermaria	12	15,38
	Recursos humanos e materiais envolvidos no processo de transição do paciente e continuidade de cuidados	16	20,50
	TOTAL	78	100

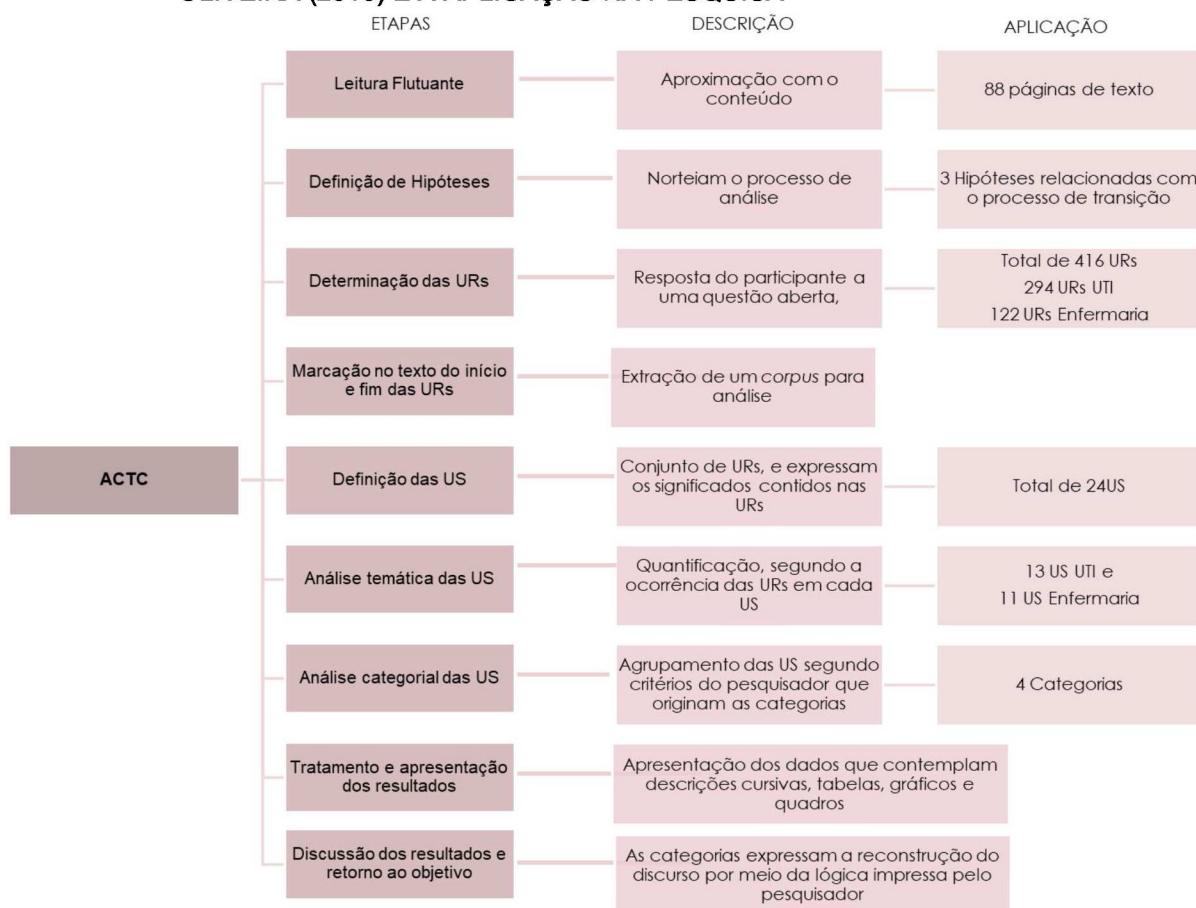
FONTE: A autora (2017).

Tratamento e apresentação dos resultados: a apresentação dos dados pode contemplar descrições cursivas, exemplificados pelas URs significativas para cada categoria, ou ainda por tabelas, gráficos, quadros seguidos por descrições discursivas, entre outros. (OLIVEIRA, 2016).

Discussão dos resultados e retorno ao objetivo de estudo: as categorias expressam a reconstrução do discurso por meio da lógica impressa pelo pesquisador, ou seja, representam a intenção de representar seu objeto de estudo. (OLIVEIRA, 2016).

As etapas da técnica de ACTC são resumidas pelo esquema a seguir (FIGURA 5):

FIGURA 5 - ETAPAS DA TÉCNICA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICO CATEGORIAL DE OLIVEIRA (2016) E A APLICAÇÃO NA PESQUISA



FONTE: A autora com base em OLIVEIRA (2016).

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para efetivação deste estudo, foram atendidos os aspectos éticos da Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012 e a Resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Éticas da Pesquisa que envolve Seres Humanos, incorporando os referenciais bioéticos de: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade; objetivando a garantia dos direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica, e do Estado. (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital do Trabalhador da Secretaria e Saúde do Estado do Paraná (SESA), registrado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (CONEP/MS) e teve como Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), o nº 60950516.7.0000.5225 (ANEXO 1). Foram respeitados os preceitos éticos de participação voluntária, esclarecida e consentida, bem como o anonimato e sigilo dos participantes, segundo a resolução supracitada.

A coleta dos dados aconteceu após explicações sobre a pesquisa, leitura e assinatura, em duas vias, do TCLE (APÊNDICE 1), por parte do participante da pesquisa.

Para garantir o anonimato dos enfermeiros assistenciais participantes desta pesquisa, estes foram identificados pela letra **E**, correspondente à palavra Enfermeiro, seguida de um número cardinal, escolhido sequencialmente de acordo com as entrevistas realizadas, e complementada com a letra minúscula **a** para designar os enfermeiros assistenciais da UTI e a letra minúscula **b** para designar os enfermeiros assistenciais da enfermaria.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após análise dos dados, esta seção traz os resultados deste estudo. Inicialmente, apresentam-se a caracterização dos participantes da pesquisa e o fluxo vigente na instituição para a transição do paciente da UTI para a enfermaria. Sequencialmente, a identificação de 416 URs, que implicaram na construção de 24 US. Essas US passaram por um refinamento, guiado por similaridade de tema, e possibilitaram a construção de quatro categorias, (QUADRO 6, ver pág.49), as quais serão descritas a seguir com a utilização das US para exemplificação.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para a caracterização dos participantes desta pesquisa, consideraram-se dois grupos distintos de profissionais (UTI e enfermaria) e as variáveis: idade, sexo, tempo de formação acadêmica, qualificação profissional, tempo de atuação na instituição e áreas de experiência profissional anterior.

Em relação à idade dos entrevistados do grupo da UTI, observa-se que um enfermeiro possuía a idade entre 20 e 25 anos; três, entre 25 e 30 anos; três, entre 30 e 35 anos; quatro, entre 35 e 40 anos; e quatro com mais de 45 anos de idade. Sendo a média de idade do grupo de 36 anos.

Em relação à idade dos entrevistados do grupo da enfermaria, observa-se que um enfermeiro possuía a idade entre 20 e 25 anos; dois, entre 25 e 30 anos; nenhum, entre 30 e 35 anos; um, entre 35 e 40 anos; e três com mais de 45 anos de idade. Sendo a média de idade do grupo de 35 anos. A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (14), enquanto que o restante era do sexo masculino (8), sendo nove do sexo feminino e cinco do sexo masculino na UTI, e seis do sexo feminino e dois do sexo masculino na enfermaria.

Quanto ao tempo de formação acadêmica dos participantes desta pesquisa do grupo da UTI, quatro enfermeiros assistenciais tinham menos de cinco anos de formados, um tinha 5 anos, seis, entre 5 e 10 anos, e três eram graduados havia mais de 10 anos. A média de anos de formação do grupo foi de 7 anos e esses dados apontam que 60% dos enfermeiros assistenciais da UTI eram formados havia mais de 5 anos.

Para os participantes do grupo enfermaria, o tempo de formação foi representado por: dois enfermeiros assistenciais com menos de 5 anos de formados, nenhum com 5 anos, dois entre 5 e 10 anos e três eram graduados havia mais de 10 anos. A média de anos de formação do grupo foi de 8 anos e esses dados apontam que 71% dos enfermeiros assistenciais da enfermaria eram formados havia mais de 5 anos.

Em relação à qualificação profissional, no grupo da UTI, 11 enfermeiros assistenciais possuíam especialização em Enfermagem concluída, a maioria com ênfase em Administração e Gerenciamento, seguidos de Terapia Intensiva, quatro deles cursaram mais de uma especialização, e quatro não tinham qualquer curso de especialização.

No grupo da enfermaria, no que diz respeito à qualificação profissional, quatro enfermeiros assistenciais possuíam especialização em Enfermagem concluída, com ênfases distintas, podendo-se citar como áreas de interesse predominantes: urgência e emergência, geriatria e gerontologia, e emergências clínicas, tendo dois deles cursado mais de uma especialização, e três não tinham qualquer curso de especialização.

Quanto ao tempo de atuação dos enfermeiros assistenciais da UTI no hospital de estudo, verificou-se que um enfermeiro atuava havia menos de 1 ano na instituição; oito de 1 a 5 anos; cinco, de 5 a 10 anos; um havia mais de 10 anos. A partir desses dados, observa-se que o tempo de permanência dos enfermeiros assistenciais da UTI no hospital de estudo tinha uma média de 5 anos na instituição.

Em relação ao grupo da enfermaria no hospital de estudo, quanto ao tempo de atuação dos profissionais, verificou-se que um enfermeiro atuava havia menos de 1 ano na instituição; três, de 1 a 5 anos; um, de 5 a 10 anos; dois, havia mais de 10 anos. Com isso, observa-se uma média de 6 anos no tempo de permanência dos enfermeiros assistenciais da enfermaria no hospital de estudo.

Em ambos os grupos, pode-se colocar que o tempo de permanência dos profissionais na instituição era longo, uma vez que o regime de trabalho desta instituição em particular é misto, ou seja, celetista e funcionalismo público, o que eleva significativamente o tempo de atuação na mesma instituição, representado por 41% da amostra no total.

Quanto às áreas de experiência prévia dos enfermeiros assistenciais da UTI, pode-se colocar que: 12 referiram experiência prévia em UTI, seis tinham

experiência em unidade de internação, e três não tinham experiência em UTI, dois deles estando em seu primeiro emprego.

Para os profissionais da enfermaria, quatro referiram experiência prévia em unidade de internação, ou seja, enfermaria, um tinha experiência em UTI e, quatro não tinham experiência prévia com enfermaria, e um deles estava em seu primeiro emprego.

Em ambas as situações, tem-se como prevalente a experiência prévia na área do setor de exercício profissional atual, sendo de 70,5% a experiência prévia em UTI para o grupo da UTI e de 57% a experiência prévia em enfermaria para o grupo da enfermaria.

5.2 FLUXO VIGENTE DE SAÍDA DO PACIENTE EM TRANSIÇÃO DA UTI PARA A ENFERMARIA

A partir da resposta de um dos questionamentos, realizado aos enfermeiros da UTI, foi elaborado, segundo a perspectiva deles, como acontecia na época o fluxo para transição de um paciente da UTI para a enfermaria de trauma.

Com a definição da alta do paciente, obedecendo a critérios principalmente clínicos, que correspondem a uma melhora em seu estado de saúde, o enfermeiro da UTI selecionava, repassava e registrava as informações advindas do caso e transmitia ao enfermeiro da enfermaria. Primeiramente, existia o preenchimento de um formulário, o qual continha algumas informações a respeito do registro do paciente, seu diagnóstico, tempo de internação e alguns cuidados referentes a necessidades atuais do mesmo.

Com isso, o enfermeiro da UTI se direcionava pessoalmente ao enfermeiro da enfermaria e passava verbalmente o caso do paciente, ou seja, ocorria uma troca de plantão entre enfermeiros. Assim que acontecia a liberação de uma vaga de enfermaria, o paciente era transferido para a unidade pelo técnico de enfermagem, e ocorria uma nova passagem de plantão, entre técnicos.

Posteriormente, existia a admissão do paciente egresso da UTI, pelo enfermeiro da enfermaria, que realizava a sua avaliação do mesmo e contatava a família, repassando as informações a respeito das rotinas da unidade.

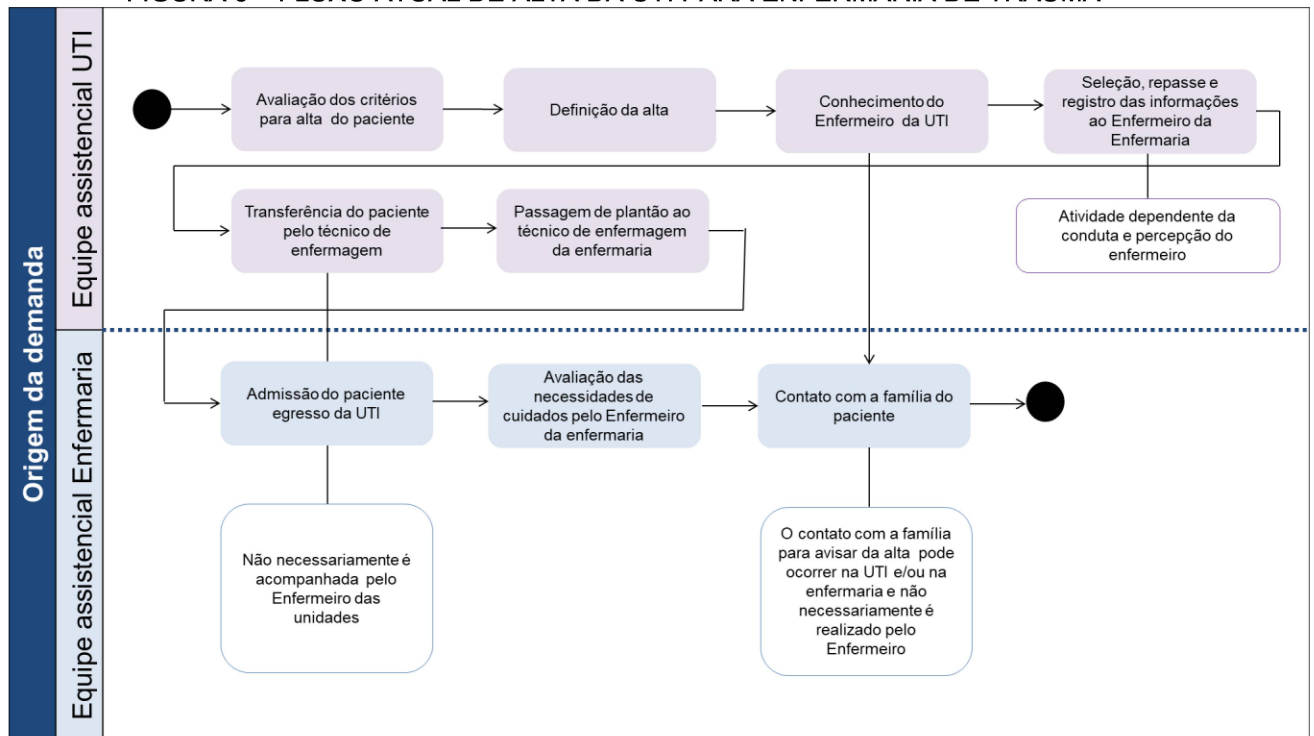
Percebeu-se, pelo fluxo de saída do paciente em transição da UTI para a enfermaria atual, que existia uma lacuna na comunicação com os familiares do

paciente, pois as orientações para saída do paciente da unidade nem sempre eram realizadas pelo enfermeiro e, também, nem sempre eram realizadas no momento em que o enfermeiro tinha a informação da alta do paciente, implicando em algumas altas em que o familiar não tinha o conhecimento de que o paciente já havia saído da UTI, por exemplo. O Procedimento Operacional Padrão (POP) da unidade vigente foi consultado e se constatou que informar o familiar da alta do paciente da UTI era uma atribuição do enfermeiro da unidade.

Outra questão: ao se tratar do momento da chegada do paciente na enfermaria, percebeu-se que este momento era acompanhado pelo enfermeiro da unidade, porém, quando este profissional conseguia conciliar a demanda de suas atividades, e, no POP da unidade, isto não era tido como uma obrigatoriedade, colocado que poderia ser acompanhado pela equipe de enfermagem, de maneira geral. Mas, no requisito comunicação ao familiar da chegada do paciente à unidade, também, como na UTI, não necessariamente era realizada pelo enfermeiro. Apareceu, em ambos os casos, a figura do assistente social, como recurso utilizado para intermediação de comunicação.

Na sequência, a FIGURA 6, que representa o fluxograma atual das etapas da transição do paciente da UTI para a enfermaria.

FIGURA 6 – FLUXO ATUAL DE ALTA DA UTI PARA ENFERMARIA DE TRAUMA



FONTE: A autora (2017).

5.3 ELEMENTOS INDICATIVOS PARA A SAÍDA E ENTRADA DO PACIENTE EM TRANSIÇÃO DA UTI PARA A ENFERMARIA

A categoria “Elementos indicativos para a saída e entrada do paciente em transição da UTI para a enfermaria” é composta por cinco unidades de significação, que representam os detalhes referentes ao processo de alta da UTI para a enfermaria, no local onde o estudo foi desenvolvido, indicando quais fatores são decisivos para a retirada do paciente da UTI, sob a perspectiva dos enfermeiros desta unidade. E também contempla os fatores que estão envolvidos no recebimento do paciente egresso da UTI, na perspectiva dos enfermeiros da enfermaria. (QUADRO 7)

QUADRO 7– NOME DA CATEGORIA, PORCENTAGEM DA CATEGORIA REFERENTE ÀS 294 URS E AS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO CORRESPONDENTES

CATEGORIA	%	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO
“Elementos indicativos para a saída e entrada do paciente em transição da UTI para a enfermaria”	19,38	Critérios para alta do paciente da UTI para a enfermaria
		Fatores institucionais envolvidos no processo de transição do paciente e continuidade de cuidados (UTI)
		Fatores clínicos do paciente em transição de cuidados
		Fatores institucionais envolvidos no processo de transição do paciente e continuidade de cuidados (Enfermaria)
		Preparo para o recebimento do paciente de alta da UTI para a enfermaria

FONTE: A autora (2017).

5.3.1 Fatores clínicos inerentes ao paciente como critérios para alta da UTI

Para os enfermeiros assistenciais da UTI, os requisitos que são levados em consideração para a alta do paciente da unidade estão relacionados em primeira instância, com a melhora clínica do mesmo. Ou seja, para tal é necessária uma mudança significativa no estado de saúde atual, para uma condição de melhora, mesmo que esta implique em adaptações temporárias ou permanentes nos cuidados que o indivíduo necessita. Destaca-se que para a alta do paciente da UTI se faz necessário uma nova conformação de cuidados, em que o paciente não depende mais de recursos, principalmente materiais e tecnológicos, e que a especificidade assistencial que a UTI propicia não se faz mais necessária.

Na verdade esse paciente tem que ser um paciente que esteja clinicamente bem e não tenha necessidade de UTI, de cuidados mais específicos. Tem que ser um paciente que não dependente de respirador, não seja dependente de coisas básicas da UTI. Pacientes mais tranquilos que podem ficar sozinhos no quarto com acompanhamento de um familiar. (E1a)

[...] acho que a melhora clínica e a não necessidade de cuidados intensivos. Se ele não tem mais essa necessidade e tem os exames bons, ele tem condição de permanecer na enfermaria. (E6a)

Uma observação relevante dentro do cenário de saída do paciente da UTI, no que diz respeito à melhora clínica do mesmo, é que esta condição é realmente preponderante e corrobora com a ideia linear de que, se o paciente está clinicamente bem, a alta é efetivada. Questões relacionadas às necessidades de

cuidados que este indivíduo porta no momento da alta, ou mesmo as ferramentas necessárias para este, no enfrentamento desta mudança em sua condição de saúde atual, não tem papel relevante no contexto. Isto evidencia certa fragilidade no processo, no que se refere ao preparo do indivíduo para a alta da UTI.

[...] além dos fatores clínicos, eu acho que até pode ser, mas é muito superficial. Eu acho que o que impera mesmo é o fator clínico. Melhorou clinicamente, pode ir de alta. Se tiver condições de cuidado ou não, se alguém vai cuidar ou não, isso aí não é levado em consideração. (E8a)

Um contraponto dentro do contexto de saída do paciente da UTI é a postergação da alta, para que o paciente realmente tenha condições clínicas de efetivação da mesma. Ou seja, novamente o requisito de melhora clínica é imperativo e o paciente recebe um cuidado específico, a fim de sair da UTI na melhor condição possível de saúde.

Acho que na maioria das vezes sim, o próprio quadro clínico dele mesmo. Mas, às vezes, nós temos pacientes aqui que poderiam ter ido antes e a gente acaba às vezes protelando um pouquinho, para acabar saindo com quadro um pouquinho melhor. (E14a)

5.3.2 Gravidade assistencial do paciente como preditivo para alta da UTI

A questão referente à priorização de leitos de UTI se mostrou relevante, nas falas dos entrevistados. Existe um senso de necessidade *versus* gravidade do paciente em questão, ou seja, a tendência é alocar o paciente mais grave na UTI, pois sua demanda assistencial e de risco de morte prevalecem em detrimento de um paciente com menor gravidade assistencial em vias de recuperação. Em alguns momentos, a necessidade de opção entre o risco e o benefício se faz presente na decisão por qual paciente permanecerá ou sairá da UTI.

Acontece muito de prioridade, se estiver precisando de uma vaga de UTI para um paciente mais crítico. (E15a)

Chega um paciente super grave, que é aquele paciente do custo e benefício. [...] Eu arrisco, eu mando de alta daqui, porque se eu ficar com esse paciente aqui e o grave lá, tem

problema [...] Se eu mandar esse aqui e, depois ele precisar de vaga [...] eu vou ter outro problema. [...] Então, às vezes uma gravidade [...] pode influenciar em alguma coisa. (E12a)

Ainda, na questão referente à priorização de leitos de UTI, se percebe uma estratégia de alocação de recursos representada por esses leitos de UTI, e também demonstra que o paciente pode permanecer na unidade para uma “segurança”, sinalizando uma falta de confiança, por parte deles, na continuidade dos cuidados necessários ao paciente.

Muitas vezes tem um paciente que já tem uma condição clínica para ir de alta e talvez ele não tenha saído por um detalhe, por um excesso de cuidado, e surge um doente mais grave. Isso influencia na saída deles. [...] não é prematura, às vezes o paciente ficou por um excesso de cuidado ou porque talvez não tivesse vaga lá fora [...] Mas de repente surge um paciente grave e precisa dessa vaga e a gente acaba tirando, mas não por ser prematuro. (E11a)

Outro ponto de influência na escolha para alta fundamentada na gravidade assistencial é que, por esta situação estar relacionada geralmente com questões emergenciais ou críticas, que exigem a tomada de decisão imediata, o processo de preparação para alta fica comprometido.

[...] por um lado eu entendo que eu preciso do leito, porque um leito de UTI é para um paciente que está grave. Então, se o paciente está recebendo alta, ele já é menos grave e pode aguardar no posto. Então, não tem problema. A gente não consegue preparar o familiar, mas eu libero o leito para o paciente que está mais grave e que precisa do cuidado intensivo. [E8a]

5.3.3 Fatores institucionais como preditivos para a alta do paciente da UTI para a enfermaria

Neste contexto, observaram-se, pela apresentação de dados, diferentes fatores que influenciam na alta do paciente da UTI para a enfermaria, além dos fatores clínicos inerentes à gravidade assistencial do paciente, como, por exemplo, a questão do gerenciamento institucional de leitos, ou seja, uma dificuldade de fluxo entre entrada e saída de pacientes, acarretando em falta de vagas de enfermaria e implicando na demora na retirada do paciente da UTI.

Às vezes demora um pouco mais para ir para lá devido à vaga. Às vezes você tem um paciente que está de alta, mas não tem a vaga no posto. Eu acredito que seja isso, que demora um pouco [...]. (E2a)

Constata-se ainda, na perspectiva dos enfermeiros da UTI, que algumas admissões na unidade não mostram necessidade real de cuidados intensivos e talvez exista a necessidade de avaliações mais criteriosas para escolha desses pacientes ou isto também possa estar relacionado com o gerenciamento institucional de leitos.

Porque tem paciente que vem que nem precisa de vaga. [...] Manda o paciente para cá sem necessidade, eu acho que na verdade falta uma avaliação a mais [...]. (E3a)

A questão do gerenciamento institucional de leitos torna-se mais evidente nas falas abaixo e fica colocado o desconforto que sentem pela condução do processo. Este aspecto pode estar relacionado com os custos hospitalares de ter um leito de UTI sem ocupação e à burocracia de contratualizações governamentais.

[...] essa questão de tirar o paciente se precisar da vaga. Eu acho isso uma coisa muito errada. Se estiver de alta, por que eu vou segurar alguém aqui e tirar só se eu precisar da vaga? (E5a)

Eu tenho um paciente que todo mundo está vendo que ele não tem necessidade de estar na UTI [...] e eu estou sem um paciente para colocar por questões administrativas, por conta de controle de leito, eu mantenho esse paciente digamos, para “Segurar vaga”. [...] Poderíamos mudar esse processo [...]. (E7a)

Outra dimensão abordada foi a família como fator de influência no processo de alta do paciente da UTI para a enfermaria. A orientação da família foi colocada como um diferencial para sucesso na continuidade de cuidados e atendimento das necessidades atuais do paciente, ou seja, é preciso tempo para este profissional preparar e orientar essa família e, muitas vezes, existe uma dificuldade para atender este critério, por acontecerem altas que falham em seu processo de planejamento, e algumas famílias demandarem mais trabalho por parte do enfermeiro da UTI para orientar, a depender de seu nível socioeducacional.

Nível socioeducacional da família é fator preponderante [...] pessoas com um nível socioeducacional um pouco inferior é sofrido [...] a dificuldade que nós temos de conseguir orientar essas famílias [...] e eu acho que a alta em cima da hora é muito complicada, porque você não teve tempo suficiente de explicar pra eles, então eu acho que é um fator que influencia muito. (E9a)

Ainda, outra questão em relação à família foi a dependência e segurança desta, nos recursos que a UTI proporciona ao paciente. Isso, também se relaciona ao entendimento que a família tem da situação e, em algumas ocasiões, pode exercer uma determinada pressão nos profissionais, para que seu familiar tenha um cuidado que ela julga ser mais apropriado, interferindo na condução normal do processo de alta.

Eu acho que um ponto, dependendo da família [...] isso implica muitas vezes em segurar um paciente. Porque o parente não quer, porque o parente prefere, porque acha que falta tão pouco o meu parente ficar melhor. (E7a)

Uma família que seja muito solicitante [...] que questione muitas coisas, eu já presenciei, o paciente ter que ficar mais tempo na UTI [...] então, esses fatores, eles interrompem esse processo normal. (E8a)

Outra questão relevante desta dimensão foi a preocupação com a descontinuidade, demonstrada pelos enfermeiros da UTI. Existe um sentimento de insegurança, por parte deles, em como o processo de cuidado se dará na enfermaria. Por mais que o paciente atenda aos critérios necessários para alta, ele permanece na UTI, pois, na visão deles, estará recebendo um cuidado mais adequado.

Eu acho que muitas vezes assim tem alguns cuidados [...] que às vezes nós seguramos um pouco mais o paciente dentro da UTI, mesmo ele tendo condição de ir para o posto, por exemplo, um paciente traqueostomizado, que ainda seja hipersecretivo. (E14a)

5.3.4 Fatores clínicos na transição do paciente da UTI para a enfermaria

A questão da priorização segundo a gravidade assistencial do paciente como preditivo para alta da UTI e determinante prioritário para sua saída da unidade,

quando analisada pela perspectiva dos enfermeiros da enfermaria, ou seja, dos provedores de cuidados que recebem estes pacientes e serão responsáveis por dar continuidade aos cuidados iniciados na UTI, aparece o fato de que esta demanda de vagas por necessidade, segundo a gravidade assistencial de um paciente, pode acarretar em altas que na visão deles podem ser consideradas precoces. Fica evidente que o grande fluxo de atendimentos e a necessidade de disponibilizar o cuidado intensivo proporcionado na UTI para o paciente mais grave fazem com que algumas situações de saída da UTI sejam antecipadas e isso sinalize, possivelmente, lacunas de continuidade do cuidado.

Um dos fatores é que a gente precisa muito da vaga. Tem um paciente que poderia ficar mais tempo na UTI, mas que está melhor do que outros, por exemplo, então a gente acaba trazendo pra liberar a vaga [...]. (E1b)

5.3.5 Preparo para o recebimento do paciente em transição da UTI para a enfermaria

Esta unidade de significação representa a logística pensada no processo de recebimento por parte do enfermeiro da enfermaria, para admissão do paciente egresso da UTI. As informações repassadas a eles se fazem importantes para a organização do recebimento do paciente e para um levantamento das necessidades de cuidados que serão prestadas a ele, bem como a disponibilização de recursos estruturais, materiais e humanos para execução deste cuidado. Uma boa comunicação entre os enfermeiros nesta etapa que inicia o processo de continuidade fornece, segundo eles, ferramentas para uma melhor assistência. Destaca-se também a importância do enfermeiro conseguir planejar-se para receber presencialmente o paciente vindo da UTI no momento em que isto acontece, pois é uma maneira de visualizar de forma concreta as informações que lhe foram passadas.

Eu verifico se tem vaga, verifico se o paciente está contaminado, se vai precisar de isolamento, essas coisas [...], tento na medida do possível estar no local para onde ele vai e na hora da transferência para pegar o plantão do enfermeiro [...]. (E2b)

A gente recebe o paciente, pergunto tudo sobre o paciente [...] então a gente admite e vê tudo do paciente ali na hora, o que é que realmente ele tem [...]. (E1b)

5.4 PLANEJAMENTO DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO E CONTINUIDADE DO CUIDADO DO PACIENTE DA UTI PARA A ENFERMARIA

A categoria “Planejamento do processo de transição e continuidade do cuidado do paciente da UTI para a enfermaria” é composta por quatro unidades de significação que apontam a interface existente entre o preparo do paciente para a alta da UTI, a decisão desta alta e o modo como este paciente chega à enfermaria. A ênfase nestas unidades de significação é para a atuação do enfermeiro da UTI no processo de transição do paciente e o papel do enfermeiro da enfermaria na admissão do egresso da UTI. (QUADRO 8)

QUADRO 8— NOME DA CATEGORIA, PORCENTAGEM DA CATEGORIA REFERENTE ÀS 294 URS E AS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO CORRESPONDENTES

CATEGORIA	%	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO
Planejamento do processo de transição e continuidade do cuidado do paciente da UTI para a enfermaria	43,87	Preparo para alta do paciente da UTI para a enfermaria
		Decisão de alta do paciente da UTI para a enfermaria
		Orientações do enfermeiro no processo de transição do paciente e continuidade de cuidados
		Papel da enfermeira na admissão do paciente em transição de cuidados

FONTE: A autora (2017)

5.4.1 Preparo do paciente em transição para alta da UTI

Ao responderem se consideravam que os pacientes saíam preparados para a alta da UTI, os enfermeiros demonstraram preocupação em relação a isto, pois consideraram que muitas vezes o paciente não recebe orientações direcionadas a esta situação.

Não. Primeiro porque ele não sai com as informações corretas de como que vai ser a sequência do tratamento. Ele simplesmente recebe a informação que ele vai de alta. [...] Nós não fazemos este preparo para alta, os profissionais de uma forma geral. (E8a)

Eu acredito que eles nunca tão preparados para ir pra fora. Para o cuidado a gente não o prepara. (E10a)

Ainda na questão de preparar o paciente para a transição que a alta da UTI representa em seu processo de saúde/doença, percebeu-se que este preparo do paciente está também vinculado a uma conduta pessoal do profissional, demonstrando que existem profissionais na equipe que entendem isso como uma necessidade e o fazem, assim como outros profissionais não realizam esta atividade. E o conteúdo deste preparo também depende do que o profissional julga, a partir da sua visão da situação, atender as necessidades do paciente.

É uma conduta mais pessoal nossa mesmo. [...] De orientar. Na equipe tem enfermeiros que esporadicamente não fazem isso, mas eu prefiro fazer. (E1a)

Alguns pacientes a gente fica um pouco preocupado com cuidados lá fora [...] Então fazemos uma orientação antes de levar, do que a gente consegue simular [...] A gente dá uma breve explicada como que funciona lá fora. (E1a)

De um modo geral, a respeito da temática de preparação para a alta da UTI, os profissionais sinalizaram que de fato a UTI não priorizava a preparação do paciente para a alta. Existe uma necessidade de enxergar esta situação de uma maneira diferente da que estavam habituados e, em algumas falas, se nota uma reflexão a respeito e talvez indícios de que esta prática precise passar por adequações, no sentido de ser valorizada. E, neste aspecto, aparece a necessidade de inclusão da família, como um ponto de apoio para concretização desta prática.

Eu acho que pode ser feito, mas, talvez, na rotina do dia a dia de uma UTI, isso acaba não sendo realizado. (E14a)

Eu acredito que a UTI não prepara. [...] O paciente sai de alta e a gente leva. Claro que tem orientações básicas, mas eu acho que não prepara. (E11a)

Eu nunca pensei muito nisso. Mas eu acredito que, quando ele sabe que vai sair da UTI, isso gera já um pouco de medo nele, e também acho que há falta de orientação. Às vezes nós falhamos muito nesse aspecto de não orientar muito o doente com relação ao que vai acontecer e como ele vai se cuidar [...]. (E9a)

Eu acho que tinha que ter um treinamento da família para que a família soubesse cuidar lá no posto [...]. Eu acho que deveria envolver mais a família, para, a hora que descer para o posto, a família já esteja mais preparada. Eu acho que poderia começar a treinar aqui. (E5a)

Um ponto relevante é o entendimento por parte dos enfermeiros da UTI de que em algum momento da assistência pode haver descontinuidade de cuidados e que, com isso, existe um retrocesso para o paciente e pode estar associado a lacunas no processo de preparação do paciente para a alta, de maneira geral.

Porque já ocorreu de mandarmos paciente de alta e, na sequência, um dia depois, dois dias depois, recebermos de volta o mesmo paciente. Mas isso por uma falha de assistência [...]. (E7a)

5.4.2 Preparo do paciente em transição para os cuidados

Nesta unidade de significação apareceu a questão da necessidade de orientações, por parte das enfermeiras da enfermaria, aos pacientes egressos da UTI e seus familiares. Estes enfermeiros percebiam que os pacientes não chegavam preparados de fato, para lidar com suas necessidades de cuidados atuais, principalmente se fossem demandas de cuidados de maior complexidade e situações que exigissem adaptações permanentes em relação ao estado de saúde do indivíduo ou, até mesmo, entendendo o processo de transição pelo qual estavam passando.

Geralmente não, na maioria das vezes a família também vem bem perdida, bem deslocada na situação do quadro do paciente, do que tem que ser feito, [...] eles não sabem que terão que aprender o procedimento [...] então eles vêm bem perdidos. (E4b)

Considerando isso, emergiu desta unidade de significação o papel relevante de realizar as orientações necessárias ao paciente e à sua família, para que consigam passar por esta transição. A família destaca-se aqui como um fator fundamental para o êxito da continuidade dos cuidados fora do âmbito hospitalar, e aparece também a preocupação dos profissionais de que esses cuidados consigam

ser realizados de fato por eles e, para tal, é necessário um grande investimento em orientar esses pacientes e suas famílias.

5.4.3 Presença do enfermeiro na admissão do paciente em transição da UTI para a enfermaria

A presença do enfermeiro da enfermaria no momento da admissão do paciente vindo da UTI foi colocada como uma responsabilidade inerente ao enfermeiro desta unidade. O momento da admissão é colocado como propício para orientar o paciente a respeito das rotinas institucionais, apresentação da equipe de enfermagem, coleta de informações adicionais, reafirmação de informações obtidas previamente e posicionar o paciente no processo de transição física ocorrida com ele. Aparece também a dificuldade de realização desta atividade, por outras demandas concomitantes do setor. Este momento é tido como uma oportunidade para o início da construção de um vínculo entre enfermeiro, paciente e sua família.

Geralmente, quando o paciente vem primeiro, eu me apresento: Eu o sou o enfermeiro do setor [...] esse é o pessoal que vai cuidar de você. Uma apresentação, mostro como é o setor, e deixo-o mais ou menos a par do que está acontecendo, depois eu também vou procurar me informar melhor do que é esse paciente, até para gente poder [...] saber informar ele. (E4b)

Você já vai criando, vai tentando construir um vínculo com o paciente, às vezes um familiar já vem junto [...] então você já vai tentando construir esse vínculo [...] quando a gente não está exatamente no momento, à gente procura e depois nos apresentamos para o paciente [...] procuramos conversar com um familiar [...]. (E5b)

5.4.2 Decisão de alta do paciente da UTI para a enfermaria

A decisão da alta da UTI permeia muitas questões e uma delas é a responsabilidade profissional do ato. Ainda, na perspectiva destes enfermeiros, a alta era entendida em um contexto centrado no profissional da área médica, e não centrado no paciente. Por mais que este contexto ainda esteja fortemente vigente, a maioria dos enfermeiros da UTI percebe-se inserida do processo de decisão de alta,

mesmo com limitações em suas atribuições, e contribuem na discussão de tal decisão.

A gente tem um pouco de autonomia. [...] A gente tem esse espaço para conversar. (E1a)

Eu acho que tem, porque o médico vai dar alta clínica [...] Eu acho que sim, a gente interfere nas condições do paciente. (E6a)

O enfermeiro tem envolvimento sim, sobre a alta do paciente. O enfermeiro, atuando devidamente, implica diretamente na alta do paciente. (E7a)

Porém, a questão do envolvimento com a decisão de alta, na prática, enfrenta limitações. O enfermeiro reconhece sua importância no processo de decisão de alta, tem espaço para inferências, mas isso não chega a mudar condutas, na maioria dos casos. Entende-se como uma autonomia velada, ou seja, o enfermeiro tem voz para contribuir na decisão, mas esta não é necessariamente ouvida.

Enfermeiros não. A gente não tem muita voz. (E3a)

Não sei se a gente chega a influenciar na decisão. Porque às vezes a gente sugere [...] Eu não me lembro de nenhuma situação de ter mudado alguma coisa [...] e esse paciente não foi mais de alta, porque eu disse, ou eu sugeri, e foi. (E12a)

Para decisão não. Mas ele participa do processo [...] A gente pode estar sinalizando. Mas a decisão acaba sendo soberana do médico. Mas tem uma participação para discutir. (E11a)

Mas, em especial, uma fala mostrou uma conduta pessoal significativa, em relação à influência na decisão de alta. Demonstrando que o enfermeiro pode, por meio de argumentação em relação às necessidades de cuidados que este paciente precisa, mudar o processo em prol do paciente. Neste sentido, salienta-se a importância da construção de uma decisão em equipe multiprofissional, e do esforço que ainda é preciso para que os profissionais consigam desconstruir o papel central do médico do processo de decisão de alta, e potencializar as contribuições da equipe, principalmente em UTI.

Depende muito. Aqui eu, particularmente, tenho alguma influência [...] Já consegui segurar paciente por causa de curativo, por conta de algumas condições. Nem todos você consegue argumentos suficientes. Eu já tive colegas que não conseguiram [...] Então eu consigo ter certa influência sobre a alta ou não alta do doente. (E9a)

5.5 EFETIVAÇÃO DO PROCESSO DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS DA UTI PARA A ENFERMARIA

A categoria “Efetivação do processo de continuidade de cuidados da UTI para a enfermaria” foi constituída por questões inerentes à comunicação, como principal ferramenta para efetivação da continuidade de cuidados. A maneira como era executada a comunicação, quais informações eram pertinentes, bem como a forma de registrá-las foram a base da temática. (QUADRO 9)

QUADRO 9– NOME DA CATEGORIA, PORCENTAGEM DA CATEGORIA REFERENTE ÀS 294 URS E AS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO CORRESPONDENTES

CATEGORIA	%	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO
Efetivação do processo de transição e continuidade de cuidados do paciente da UTI para a enfermaria	15,64	Tipo de informação necessária para o processo de continuidade de cuidados
		Modo de comunicação no processo de continuidade de cuidados
		Registro de informação no processo de continuidade de cuidados

FONTE: A autora (2017)

5.5.1 Modo de comunicação como instrumento para a continuidade de cuidados da UTI para a enfermaria

Ao serem chamados a falar a respeito da maneira pela qual a comunicação era exercida entre os enfermeiros da UTI e os da enfermaria durante o processo de transição do paciente, um ponto importante que apareceu na fala dos entrevistados foi que esta comunicação dependia primeiramente de uma atitude pessoal, ou seja, cada profissional transmitia as informações dentro da sua perspectiva de relevância.

Normalmente sempre tem uma coisa ou outra diferente [...] Então eu acredito que eu tenho meu modo de ver o que eu acho importante. [...] Mas sempre igual não é. (E2a)

Atitude pessoal de acordo com a necessidade, e eu falo direto com o enfermeiro. (E14a)

Outro aspecto foi que a melhor maneira de repassar as informações que julgavam fundamentais para a transição e continuidade de cuidados do paciente deveria ser sempre por meio do contato pessoal, com uma passagem de plantão entre os enfermeiros dos setores em questão.

Nós fazemos contato telefônico e depois vamos pessoalmente levar uma solicitação por escrito e passamos lá o plantão. Passamos o caso do paciente e aguardamos a liberação de vagas. (E7a)

Face a face. [...] Eu acho que até poderia ser colocado ser evoluído no sistema, no prontuário. (E8a)

Outra questão, no âmbito da passagem de plantão, foi como ocorria esta passagem de plantão para alguns casos, particularmente. Nota-se que, a passagem de plantão, mais que face a face entre os enfermeiros das unidades em questão, esta poderia ser acrescida de acontecer na beira do leito, face a face, também, com o paciente ao qual as informações se referem.

Eu acho bom passar o caso pessoalmente no leito, porque elas estão visualizando. [...] Poderia ter tirado mais dúvidas comigo ali. (E4a)

Eu já vou ao *box* do paciente, mostro o paciente, já passo o plantão ali. Que, daí, ela está vendo como se encontra o paciente no leito. (E4a)

[...] se eu não me satisfaço com o contato telefônico, eu vou pessoalmente à UTI para que essa comunicação seja melhor, e eu visualizo o paciente juntamente com o profissional certo, quando é possível eu procuro fazer sempre assim. (E3b)

Porém, foi identificado que estas informações, mesmo que passadas verbalmente e por contato pessoal, algumas vezes não eram suficientes e sinalizavam que, possivelmente, o enfermeiro da enfermaria devesse ter que reunir outras informações que lhes eram pertinentes por meio de outros recursos. Isso pode estar correlacionado com o fato de que as informações angariadas estavam fundamentas em uma escolha de importância que dependia do enfermeiro da UTI, e também pela necessidade que os profissionais traziam de que existisse um

protocolo para transição e continuidades de cuidados, bem como um melhoramento no registro de tais informações referentes aos pacientes que saem da UTI.

A gente passa para eles também, só que às vezes uma coisa que é passada não está escrito. Você passa verbalmente as coisas e acaba esquecendo alguma coisa. Então, tem que sempre estar entrando no sistema e ver [...]. (E2a)

Então a gente tem essa dificuldade, em relação à passagem de plantão já melhorou um pouco, mas às vezes tem um pouco de déficit [...]. (E2b)

5.5.2 Tipo de informação como instrumento para a continuidade de cuidados da uti para a enfermaria

Nas questões referentes ao tipo de informações pertinentes de repasse por parte dos enfermeiros da UTI para os enfermeiros da enfermaria, estão as relacionadas quase que, unanimemente, aos aspectos clínicos do paciente e de cuidados atuais necessários. Este aspecto também é contemplado pela percepção de quem transfere a informação, ou seja, cada profissional transferia a informação que considerava ser mais importante, não necessariamente seguia um conjunto de critérios pré-definidos para todos os profissionais.

Depende da minha percepção, depende da minha percepção. Eu não tenho esse passo a passo. (E7a)

As necessidades de cuidados elencadas por eles contemplaram o mecanismo de trauma sofrido pelo paciente para admissão na instituição, uma vez que esta é a especialidade de referência do hospital de estudo; condições clínicas de maneira geral, o nível de consciência apresentado pelo paciente no momento da solicitação da alta para a enfermaria, presença de contaminação por bactéria multirresistente, nível de dependência motora e capacidade para realizar o autocuidado, necessidade de oxigenoterapia e estado do padrão respiratório, tipo de alimentação e condições de eliminações fisiológicas, dispositivos de que o paciente está dependente, procedimentos realizados durante a passagem na UTI, procedimentos de enfermagem ainda necessários mesmo após a alta da UTI e algumas questões de cunho psicológico, social e familiar.

Cuidado com feridas, alguns medicamentos de uso contínuo [...] a parte psicoemocional do doente [...] delírio, agitação, necessidade de contenção, se ele consegue se suprir com relação a necessidades fisiológicas [...] a condição clínica de uma forma geral [...]. (E9a)

Tipo de respiração do paciente, se tá em ar ambiente, se tá em névoa [...] tipo de alimentação [...] se precisa fazer cateterismo de alívio, se ele precisa de cuidados mais intensivos de alimentação, de mudança de decúbito, troca de fralda. (E8a)

[...] passar se ele é contaminado ou não, se tem alguma bactéria ou não, porque lá é fundamental [...] Quando está fazendo uso de cateterismo de alívio, se está usando oxigênio, quando vai com alguma cautela para lá. [...] Porque o básico é você passar as necessidades de cuidados. (E2a)

Na perspectiva de quem recebe a informação, foram levantados como de fundamental importância, confluindo com as informações que realmente eram passadas pelos enfermeiros da UTI, os aspectos relacionados às necessidades de cuidados do paciente em questão. Porém, observa-se aqui que pontuaram a necessidade de obter um histórico mais detalhado do itinerário percorrido pelo paciente na instituição, com maior riqueza de detalhes e relacionados a outras dimensões que não somente a de condição clínica, como, por exemplo, social, psicológica e familiar. Outra questão presente, não frequente, mas significativa, foi o fato de ocorrerem situações de admissão em que as informações divergiram das repassadas e esperadas.

Algumas vezes acontece do paciente [...] ele parece que está bem, mas chega aqui e não está tão bem como deveria estar para uma enfermaria [...]. (E2b)

5.5.3 Registro de informação como instrumento para a continuidade de cuidados da UTI para a enfermaria

Quanto ao registro das informações envolvidas no processo de transição do paciente da UTI para a enfermaria, percebeu-se a ausência de um protocolo institucional para a continuidade de cuidados desses pacientes. Muitos se referiram à presença de um formulário administrativo, que contemplava alguns pontos de importância para o registro de informações, porém este era um instrumento falho, na

perspectiva dos enfermeiros. Nota-se que os enfermeiros realmente desconheciam a existência de um protocolo específico, porém sinalizaram a necessidade de existir um protocolo que subsidiasse a transição do paciente da UTI para a enfermaria.

Tem um pop. [...] Mas do pop em si, eu não sei dizer o que está escrito, que eu li tem muito tempo. (E1a)

Depende da minha percepção. Se tiver um protocolo eu desconheço. Eu acho realmente que não tem. (E14a)

Eu acho que falta bastante [...] falta um protocolo mais específico, um científico, algo que possa ser seguido por todo mundo. (E13a)

Outra questão, ainda referente ao registro das informações, foi que se percebeu que os enfermeiros da UTI enxergavam uma maneira diferente de colocar em prática uma conduta mais adequada, que consideraram ideal, em relação à que estava sendo desenvolvida no momento, principalmente na evolução que o enfermeiro realizava. Apareceu a necessidade de o enfermeiro da UTI realizar uma evolução específica de alta do paciente, para que a mesma estivesse de livre acesso a qualquer profissional, para que a informação não se perdesse e que fosse oficializada por seu registro. Alguns sugeriram que, inclusive, esta evolução poderia ser impressa e entregue ao enfermeiro da enfermaria, sinalizando a necessidade de ter um instrumento físico que liste as necessidades do paciente que irão encaminhar para a enfermaria.

O que a gente poderia fazer é a evolução, é o único jeito, poderia ser evoluído essa alta [...] Mas a informação que eu evoluí, significa que foi a que eu passei [...] Tenho sistema para abrir e ler tudo aquilo que está escrito ali a qualquer momento. Desconheço qualquer pessoa que tenha evoluído uma alta. (E12a)

A gente podia fazer uma evolução, imprimir, entregar isso junto, isso a gente não faz, só se ela abrir o sistema ela vai ver as evoluções da gente. (E4a)

Esta conduta de ter um zelo pela evolução e, até mesmo, como respaldo por suas ações, pode ser evidenciada na fala a seguir, como já sendo realizada. Mais uma vez, é uma atitude pessoal do profissional e não segue um padrão institucional.

Eu faço a evolução de alta [...] deixo os cuidados que o paciente necessita, tento fazer uma lista, eu imprimo isso e entrego na mão do enfermeiro [...] é um cuidado que eu tenho [...] pelo menos eu deixo isso registrado que todas as informações de cuidado que o paciente tem foram tomadas. É pessoal, mas a orientação que a gente tem [...] é que passemos o maior número de informações possível para o enfermeiro que vai receber o paciente. (E12a)

Os enfermeiros entendiam a necessidade de utilizar ferramentas que proporcionassem uma garantia de repasse da informação e que este processo tinha algumas lacunas nos instrumentos utilizados atualmente que podem interferir na continuidade dos cuidados do paciente, e a necessidade de intensificar o registro das informações se fez presente.

Esse formulário que nós preenchemos [...] é um formulário simples que tem algumas coisas mais comuns [...] na verdade eu acho que ele é um instrumento semioficial [...] é uma coisa que alguém teve uma ideia para não se perder a informação no meio do caminho [...]. (E9a)

Eu vejo até pela nossa própria troca de plantão que às vezes muitas coisas acabam passando batidas [...] eu acho que uma coisa que poderia ser muito eficiente é o registro [...] então eu acho que a gente pode melhorar essa questão [...] a gente precisa deixar tudo bem registrado para que outro profissional possa consultar no caso de dúvida ou de precisar de mais informação. (E6a)

Um ponto específico, ressaltado pelos enfermeiros da enfermaria, foi o de que algumas lacunas aconteciam principalmente nos registros de informações de seus pares e existia a necessidade de procurar informações nos registros de outras categorias profissionais. Ressaltaram também que seria enriquecedor ter um instrumento que contivesse um compilado de informações alimentadas pelo enfermeiro da UTI, referentes ao histórico e às necessidades de cuidados destes pacientes.

[...] no registro eletrônico a gente também tem essa informação, normalmente não é do enfermeiro [...] o enfermeiro sabe, te passa, mas no registro que o enfermeiro faz normalmente não tem. (E1b)

Seria mais válido assim ter um protocolo, um formulário que a gente pudesse fazer um *check list*, ter assim um pequeno histórico [...] para a gente saber de como foi tudo, falta um pouco assim. Eu sinto falta de ter essas informações [...]. (E6b)

5.6 ELEMENTOS FACILITADORES DO PROCESSO DE CONTINUIDADE DE CUIDADOS DO PACIENTE EM TRANSIÇÃO DA UTI PARA A ENFERMARIA

A categoria “Elementos facilitadores do processo de continuidade de cuidados do paciente em transição da UTI para a enfermaria” teve como temática principal as mudanças necessárias para melhorias no processo de transição e continuidade de cuidados, a necessidade de colocar o paciente no centro de seu cuidado e adequar recursos humanos e materiais para executar uma transição adequada, estabelecendo protocolos institucionais como estratégia para efetivação da continuidade de cuidados. (QUADRO 10)

QUADRO 10– NOME DA CATEGORIA, PORCENTAGEM DA CATEGORIA REFERENTE ÀS 294 URS E AS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO CORRESPONDENTES

CATEGORIA	%	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO
Elementos facilitadores no processo de continuidade de cuidados do paciente em transição da UTI para a enfermaria	26,53	Personalização do atendimento ao paciente em transição de cuidados da UTI para a Enfermaria
		Definição de protocolos no processo de transição do paciente e continuidade de cuidados
		Preocupação dos enfermeiros com a descontinuidade de cuidados e lacunas de informação no processo continuidade de cuidados da UTI para enfermaria
		Mudanças necessárias para melhora do processo de continuidade de cuidados da UTI para enfermaria
		Recursos humanos e materiais envolvidos no processo de transição do paciente e continuidade de cuidados

FONTE: A autora (2017)

5.6.1 Personalização do atendimento do paciente em transição da uti para a enfermaria

Nesta unidade de significação, nota-se uma importante preocupação dos enfermeiros da UTI em personalizar o atendimento ao paciente. Ou seja, existia a necessidade de colocar o paciente no centro do processo de transição, do seu cuidado. Entender as necessidades destes pacientes e, através de suas ações,

fornecer ferramentas para a continuidade de seus cuidados, em essência, o cuidado centrado no indivíduo.

[...] esse preparo no dia a dia do paciente, esse preparo para o autocuidado [...] o entendimento de que ele não precisa [...] de pessoas o tempo inteiro fazendo as coisas para ele [...] acho que a gente consegue sim fazer esse preparo [...]. (E8a)

Outra questão relevante, para o cuidado centrar-se no paciente, foi a família como alicerce no processo. A família não pode ser desvinculada do indivíduo e, muitas vezes, os profissionais de saúde acabam por cercear a inclusão da família, ao invés de instrumentalizá-la de modo que seja diferencial no processo de transição do paciente.

Eu acho o sistema de alta um pouco falho [...] eu acho que está faltando mais informação nessas altas e orientação das famílias [...] eles saem com muito medo da UTI [...] acho que isso influencia bastante. (E9a)

Ligar anteriormente para família, ela estar presente na alta [...] Porque, muitas vezes, eu acredito que o paciente vai para enfermaria, mas a família não está no hospital. (E11a)

Emergiu dos dados, mais uma vez, a família, mas neste aspecto não simplesmente a inclusão dela, mas a relevância da sua orientação. Tão significativo isto, que houve uma reflexão da necessidade de rever o processo e, talvez, criar uma atribuição específica para essa atividade.

Para melhorar, eu acho que é a orientação da família, mais tempo para essa orientação da família. Não sei se eu estou pensando alto até demais, mas até uma pessoa que pudesse especificamente lidar com isso... Só com estas orientações [...] que conseguisse orientar essas famílias e acompanhar melhor lá fora [...] seria um fator interessante [...]. (E9a)

5.6.2 Lacunas de informação como condutoras para a descontinuidade do cuidado do paciente em transição da UTI para a enfermaria

Ademais, na visão dos enfermeiros que compunham a equipe da UTI, se notou uma preocupação com a descontinuidade das informações repassadas ao enfermeiro da enfermaria. No sentido de que a solidificação desta etapa contribui

para a garantia de uma continuidade da assistência e, quanto melhor a troca de informações, melhor o cuidado prestado, sob sua ótica.

Eu acho mesmo que é a troca de informações entre enfermeiros que melhora o cuidado do paciente. Melhora na troca de informações [...] a conversa é a melhor opção. (E15a)

Porém, não é simplesmente uma boa troca de informação, mas também a qualidade da informação repassada. Destaca-se a necessidade de conhecer em profundidade o caso de cada paciente, para que informações relevantes não passem despercebidas, comprometendo a assistência.

A questão de realmente passar todas as informações para o posto, tem vezes que realmente escapa alguma coisa [...] Essa troca face a face lembrando todos os processos do paciente [...] o que falta realmente é mais a comunicação. (E15a)

Porém, para os enfermeiros da enfermaria as lacunas de informação se faziam presentes e implicavam muitas vezes em descontinuidade da informação e comprometiam o cuidado. Requeriam uma retomada do processo de aquisição da informação e geravam dúvidas aos profissionais.

Na vivência que a gente tem no dia a dia, enfim, [...] a gente acaba tendo um déficit de informações com relação ao paciente, enfim, às vezes a gente fica na dúvida [...] então algumas informações ficam a desejar. (E2b)

5.6.3 Mudança no processo de continuidade de cuidados da UTI para a enfermaria

Emergiu dos dados a questão de mudar o processo atual de transição e continuidade de cuidados da UTI para a enfermaria. Realmente, na perspectiva destes profissionais, uma intervenção poderia ser feita no sentido de contribuir com o que foi considerado neste trabalho, como ligação interna. Uma sugestão inovadora colocada foi a de instituir que o enfermeiro da enfermaria passasse uma visita com o enfermeiro da UTI diariamente, utilizando a visita multiprofissional em UTI, que ocorre diariamente, como oportunidade para tal e, assim, conhecer em profundidade os casos dos pacientes e construir progressivamente familiaridade com as necessidades de cuidados do paciente que, em algum momento, teria alta da UTI.

Outra sugestão foi de existir uma troca de plantão entre enfermeiros das unidades na beira do leito, visualizando as necessidades do mesmo. Esta questão conflui com a preocupação de amenizar as descontinuidades do processo e a de qualificar as informações repassadas.

A gente podia criar essa ligação, uma interação maior com o posto. [...] Uma coisa que poderia ser feita talvez seja o enfermeiro vir aqui na hora da visita mais para ele conhecer [...] Quase 100% dos pacientes vai sair para esta unidade de internação [...] Talvez tiver uma pessoa, um responsável pelo posto para passar visita com a gente aqui [...] (E12a)

Quem vai receber esse paciente tinha que ver o paciente antes e pegar esse plantão aqui, na frente do paciente. (E12a)

Outro ponto relevante, na dimensão das mudanças que precisavam ser realizadas, para uma melhor transição do paciente, era o investimento em capacitação e quantitativo dos recursos humanos. Ou seja, na perspectiva deles é preciso treinamento e mais integrantes nas equipes para que exista uma continuidade de cuidados, para que se tenha garantia de que os cuidados que o paciente necessita estejam sendo realizados de acordo com sua necessidade e da melhor maneira possível.

[...] se todas as informações foram passadas e se lá fora está sendo executado esse mesmo cuidado que tinha na UTI [...] eu acho que falta bastante [...] eu acho que falta mais treinamento. (E13a)

5.6.4 Recursos humanos e tecnológicos como elementos para continuidade de cuidados

Além de capacitar os recursos humanos da equipe de enfermagem, aparece a necessidade de adequação de seu quantitativo. Uma lacuna, na visão dos enfermeiros da UTI, estava na passagem de plantão na enfermaria, pois, muitas vezes, não existia a presença de um profissional da equipe de enfermagem para receber o paciente no leito, e eles acreditavam que isso era um fator que contribuía para a descontinuidade e quebra de ligação entre os setores envolvidos na transição. Outra medida que poderia ser realizada seria a de avisar a enfermaria no

momento em que o paciente saísse da UTI, para que existisse um planejamento e organização para o recebimento deste paciente.

Eu acho que dava para gente implantar ou avisar a hora que tá saindo da UTI para levar o paciente, e já ter alguém lá esperando. Porque, daí, a gente consegue passar um plantão melhor [...]. (E1a)

Deveria ter mais enfermeiros para ajudar [...] eu acho que deveria ter mais funcionários também [...] A enfermeira falha às vezes [...] porque a enfermeira não tem tempo adequado para fazer do jeito que deveria [...]. (E4a)

Outro ponto reafirmado foi a necessidade de qualificar os profissionais envolvidos no processo de transição e continuidade de cuidados, uma vez que clarifica-se a reflexão de que existiam lacunas a serem supridas no processo, pois o paciente voltava após a alta para UTI em condições que poderiam ter sido evitadas.

O que eu sei é que muitos pacientes voltam pra UTI, após dois, três dias [...] alguma coisa acontece que eles voltam, e isso é uma falha, isso já é um indicativo de que existe uma falha nesse processo [...]. (E13a)

Um apontamento significativo dos enfermeiros da enfermaria foi a questão dos recursos tecnológicos que a estadia em uma unidade de terapia intensiva proporciona ao cuidado. Eles consideravam que existe uma diferença grande e perceptível ao paciente em relação a este quesito, principalmente relacionada à monitorização, estrutura física e quantidade de profissionais. Sinalizaram o menor número de funcionários e o maior número de pacientes no setor, logo, o cuidado intensivo que a assistência de enfermagem da UTI realizava não era realizado do mesmo modo de quando o paciente estava na UTI, e esta diferença era sentida pelo paciente.

A gente sabe que o ambiente de UTI tem alguns cuidados que, por exemplo, aqui a gente não tem. São menos funcionários para a quantidade de pacientes. Então a assistência é mais direta que aqui [...]. (E1b)

5.6.5 Definição de protocolos para continuidade de cuidados da uti para a enfermaria

Uma unidade de significação relevante foi a necessidade de instituir protocolos específicos para transição e continuidade da assistência da UTI para enfermaria. Esta questão foi significativa, uma vez que não existia na instituição um protocolo para transição do paciente da UTI para enfermaria e os profissionais reconheciam a necessidade da medida, para que houvesse uniformidade e consistência nas ações de enfermagem. A instituição de um protocolo específico, por si, não garante esta uniformidade de continuidade na assistência, porém é uma diretriz para que aconteça.

Talvez, seja interessante se a gente tivesse esse registro, esse registro eletrônico [...] e que se tivesse um protocolo mesmo [...] principalmente das informações passadas para o paciente [...] como se fosse um *check-list*. (E8a)

Eu acho que o melhor método de você fazer esse tipo de alta, transição, é protocolar, fazer um treinamento, um *check-list*, e fazer com que todo mundo siga o mesmo caminho, falar a mesma língua. É a receita básica pra dar certo [...]. (E13a)

Criando um protocolo que tenha um documento físico, ou, no caso, um sistema pré-estabelecido que contenham todas as informações que a gente necessite [...]. (E3b)

Outra questão, diferente do registro, mas que o complementa, é a elaboração pelo enfermeiro da UTI de um plano de alta para o paciente em transição. Neste caso, supera-se a questão do registro simplesmente, e existe uma reflexão da necessidade de elaborar uma linha de cuidados para este paciente, de acordo com suas necessidades, e também construir uma cronologia de fatos ocorrido com ele. Destacam-se a prescrição e intervenção de cuidados por parte do enfermeiro da UTI, e que aconteça um seguimento destas na enfermaria. Ou seja, este plano de alta seria uma ferramenta que funcionaria como elo para continuidade de cuidados entre as unidades.

De repente ter um documento que o enfermeiro preenchesse aqui, um plano de alta mesmo, para a gente passar o quadro clínico do paciente, não ser só de uma forma verbal [...] Para uma melhor continuidade da assistência do enfermeiro no posto. (E14a)

Se tivesse um protocolo de transição seria interessante tanto para o profissional quanto para o paciente. (E3b)

6 DISCUSSÃO

Nesta etapa do estudo, é feita uma correlação dos dados encontrados com a literatura existente sobre o tema abordado, buscando encontrar semelhanças ou discrepâncias que possam agregar conhecimento e corroborar o estudo em questão.

Desse modo, verificou-se uma estrutura etária de adultos com relativa maturidade e predominantemente feminina, em ambos os setores de atuação. O sexo feminino é uma das características marcantes na força de trabalho em saúde e, atualmente, representa mais de 70% de todo o contingente com tendência de aumento futuramente. A feminização excede a 90%, no caso da equipe de enfermagem. Entretanto, dados demonstram um novo cenário com uma presença crescente de profissionais do sexo masculino na enfermagem. (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Observou-se que o tempo de formação dos profissionais, em ambos os setores, é um dado considerável, uma vez que se pode colocar que eram profissionais relativamente experientes e com muitos anos na profissão. Acredita-se que o número elevado de enfermeiros assistenciais com especialização concluída em ambos os grupos deve estar em consonância com os padrões de competitividade do mercado de trabalho, salientando que é essencial que os enfermeiros estejam, continuamente, buscando um saber científico que subsidie sua prática assistencial. (LANGE, et al., 1999⁵ apud OLIVEIRA et al, 2009). Os cursos de pós-graduação na modalidade *lato sensu* propõem ao enfermeiro um preparo direcionado a uma área específica do conhecimento, cujo objetivo é aperfeiçoar sua prática. (OLIVEIRA, et al, 2009).

Quando se compara as taxas de rotatividade entre hospitais privados, públicos e filantrópicos, percebe-se que a rotatividade reside em um grande problema enfrentado pelos gerentes de enfermagem e implica, expressivamente, na qualidade do cuidado e no orçamento da instituição. Além disso, essa situação provoca insatisfação na equipe de enfermagem, em virtude da sobrecarga de trabalho para aqueles que continuam no hospital. (NOMURA; GAIDZINSKI, 2005). Este fato é um contrassenso, em relação aos achados da pesquisa, pois a

⁵ Lange, C. et al. Negociação: um dos pilares no programa de ensino à distância. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v.8, n. esp, p.35-43, 1999.

rotatividade não era significativa. Ao se discutir estes dados, deve-se levar em consideração a hipótese de que, no setor público, o trabalhador é amparado pela legislação, possui uma estabilidade garantida, e os processos de seleção e contratação demandam tempo. (IWAMOTO; ANSELM, 2006). Logo, estratégias que melhorem a permanência dos enfermeiros nas instituições de saúde tornam-se essenciais para redução de custos e sustentabilidade da qualidade dos cuidados oferecidos. (POEIRA; MAMEDE, 2011).

Isso remete a uma predisposição por parte da instituição de alocar profissionais com experiência prévia nas áreas de interesse e de prática específica ao setor em questão, otimizando seus recursos humanos de uma forma estratégica e inteligente.

Na categoria “Elementos indicativos para a saída e entrada do paciente em transição da UTI para a enfermaria”, observa-se que os fatores envolvidos para a saída de um paciente da UTI vão para além de sua melhora, em se tratando de condições de saúde ou de suas necessidades de cuidados, e mostram que a transição do paciente entre a UTI e a enfermaria não é tão linear e muitas questões em termos de gestão hospitalar estão envolvidas.

Atualmente, a gestão de leitos é fundamental, uma vez que o hospital é um dos recursos de saúde mais onerosos à sociedade. Portanto, a otimização do uso do leito colabora, conseqüentemente, para a maior eficiência do equipamento hospitalar. (NASCIMENTO, 2015).

Os pacientes às vezes são transferidos da UTI devido à pressão para leitos de cuidados intensivos e esta ação contribui para que o paciente faça transições de forma crítica. (CHABOYER et al., 2006; GAJIC et al., 2008).

As transições dos pacientes criticamente doentes em UTI são geralmente descritas como um período de transferência ou mudança de situação, ou a experiência de mudança interna ou papel durante e após a doença. A experiência de transição dos pacientes críticos não é descrita diretamente, nem a compreensão do enfermeiro sobre ela. (LUDIN; ARBON; PARKER, 2013).

Para facilitar a transição do paciente com UTI, o planejamento de cuidados individuais é necessário. Também é essencial que os pacientes estejam adequadamente preparados para a mudança para facilitar os cuidados de transição. O conhecimento sobre as necessidades de transição, capacitação e

educação do paciente parecem ser questões importantes para facilitar as transições. (HÄGGSTRÖM; ASPLUND; KRISTIANSEN, 2012).

Nesse sentido, emergiu dos dados o fator de priorização de um leito de alto custo, como é no caso um leito de UTI, para um paciente que se encontra em um estado de maior gravidade assistencial. Em muitos discursos apareceu a ideia de que, independente do paciente que está na UTI, se houver um paciente que supere em termos de necessidades de cuidados este paciente, a escolha será por tirá-lo do leito e proporcionar o cuidado específico da UTI para quem precisa mais, no momento.

O processo real de alta de um paciente geralmente pode ser apressado ou adiado e profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, expressam preocupações sobre este processo. (FUJI et al., 2012).

Os dados coletados neste trabalho corroboram com uma preocupação evidenciada nas falas dos enfermeiros, em relação a altas prematuras da UTI. A questão da alta precoce, em si, não foi significativa, mas o que sobressaiu foi que o fato de existir uma grande demanda de pacientes graves para ocuparem leitos de UTI faz com que, muitas vezes, a alta ocorra sem um planejamento adequado para tal.

A falta de um planejamento adequado para a alta pode acarretar em readmissões na UTI. As readmissões não planejadas na UTI podem refletir em tratamento insuficiente dos pacientes durante o episódio prévio na unidade ou a uma alta prematura. Com isto, uma readmissão não planejada do paciente na UTI pode ser um indicador importante da qualidade dos cuidados de saúde. Além disso, a readmissão na UTI está altamente relacionada com a permanência hospitalar mais longa, aumento de custos e maior taxa de mortalidade. (KANG, 2016; ROSENBERG; WATTS, 2000; KRAMER, HIGGINS, ZIMMERMAN, 2013).

Segundo um estudo de Cornwell et al. (2012), os pacientes geralmente entram no serviço de emergência de um hospital e são transferidos inúmeras vezes, entre diferentes unidades dentro do mesmo hospital, e nem sempre estão conscientes dos motivos de transferência. Ainda, no mesmo estudo, os autores colocam que existem a ausência ou o não cumprimento de protocolos e diretrizes, má comunicação entre funcionários do hospital e planejamento pobre ou inexistente de cuidados.

Este trabalho, em consonância com o estudo acima citado, também traz a ausência de um protocolo institucional e o desconhecimento disto por parte dos profissionais, para a transição do paciente da UTI para a enfermaria.

A transferência do atendimento ao paciente entre a UTI e a enfermaria do hospital está associada ao aumento do risco de erros e eventos adversos, logo, esta transferência é um período vulnerável na prestação de cuidados de saúde. (BUCHNER et al., 2015).

Um modelo de atenção integrada para pacientes com insuficiência cardíaca, desenvolvido em Barcelona, na Espanha, é um bom exemplo da aplicação de programas de transição de cuidados, com uma abordagem multidisciplinar e de natureza centrada no paciente. Apesar dos avanços no tratamento da insuficiência cardíaca, a mortalidade, o número de readmissões e os custos associados aos cuidados de saúde são muito elevados. O foco de interesse deste modelo está na direção de programas multidisciplinares que se concentram em transições de cuidados, particularmente entre a fase aguda e fase pós-alta. Esses novos modelos de cuidados integrados giram em torno de intervenções no momento das transições de cuidados. São projetados para garantir a continuidade dos cuidados e demonstram redução nas readmissões hospitalares potencialmente evitáveis. Os principais componentes desse modelo são a intervenção precoce durante a fase de internação, planejamento de alta, revisão pós-alta precoce e planejamento avançado de transição, bem como o envolvimento dos profissionais, entre eles o enfermeiro (COMIN-COLET J., et al., 2016).

Na categoria “Planejamento do processo de transição e continuidade do cuidado do paciente da UTI para a enfermaria”, destacam-se o envolvimento do enfermeiro da UTI na decisão de alta do paciente para enfermaria e como este profissional faz o planejamento para esta alta.

Os hospitais têm oportunidades de redução de custos pela adoção das melhores práticas locais no gerenciamento da cadeia de suprimentos e planejamento de alta. Existe uma variação substancial dos custos hospitalares, sugerindo que economias significativas podem ser obtidas através da adoção das melhores práticas. (ROBINSON; BROWN, 2014; SHEPPERD et al., 2010).

Em um estudo que descreveu quais estratégias podem ser usadas ao organizar o atendimento do paciente antes, durante e após sua transferência da unidade de terapia intensiva, os resultados mostraram que

proteção, incentivo e colaboração são estratégias utilizadas no processo de transição da UTI. Todas as estratégias foram caracterizadas pela intenção de criar e manter a segurança do paciente durante o processo. Os achados destacam que a alta envolve procedimentos que precisam ser seguros e estruturados, envolvendo colaboração, tempo ideal e uma abordagem multidisciplinar. (HÄGGSTRÖM; BACKSTROM, 2014).

Robinson e Brown (2014), confirmando o modelo biomédico ainda vigente, afirmam ser o médico o único responsável por conduzir o processo de alta. No entanto, os enfermeiros da UTI estão envolvidos e interagem nesta decisão, por confirmarem se os pacientes estão suficientemente estáveis para tal, ou adiando esta transferência se o paciente tiver algum problema clínico. (HÄGGSTRÖM; BACKSTROM, 2014).

Esse achado também aparece nos resultados do estudo em que fica claro o envolvimento da maioria dos enfermeiros da UTI nesta decisão de alta para a enfermaria. Muitos entendem a relevância do seu papel como enfermeiro na UTI e contribuem nas discussões com a equipe multidisciplinar, para decidir pela alta ou não, do paciente para a enfermaria. Porém, a decisão efetiva de alta acaba a cargo da equipe médica, corroborando com o estudo acima citado.

As transições de cuidados bem-sucedidas dependerão da abordagem feita para superação de barreiras para fornecer cuidados centrados no paciente. Em particular, existe uma dificuldade de encontrar o tempo que permita educar adequadamente os pacientes e seus cuidadores sobre necessidades de cuidados posteriores. Está claro que o tempo imediatamente anterior à alta é apressado para os enfermeiros e pacientes e, muitas vezes, leva a pacientes que não estão adequadamente preparados para a liberação para o próximo nível de atenção. (ARORA et al., 2010; NOSBUSCH, WEISS, BOBAY, 2010). Isto remete à ideia de que o planejamento da alta é uma parte essencial do processo e, muitas vezes, é negligenciada na UTI. (COGNÉT; COYER, 2014).

Os dados encontrados corroboram com este achado, no sentido de que os enfermeiros entrevistados da UTI em questão relataram também entender a necessidade da orientação sobre as necessidades de cuidados que o paciente terá em seu próximo nível de cuidados, porém não realizavam este preparo do paciente. Por motivos diversos, como não entender isto como uma atribuição do enfermeiro da UTI, não haver tempo suficiente para realização desta atividade ou não ter esta

atribuição claramente definida como atividade do enfermeiro pela instituição, e muitos que realizavam o faziam por uma questão de atitude pessoal.

Antes da alta do paciente da UTI é de extrema importância que o enfermeiro da unidade considere um tempo para avaliar e resumir o estado em que o paciente está no momento, suas diferentes doenças e ações que foram ou devem ser tomadas para ele. Esta avaliação se torna mais fácil, se existe um enfermeiro responsável por esta atividade específica, e isto também foi citado nos discursos desta pesquisa. (HÄGGSTRÖM; BACKSTROM, 2014).

É necessária uma coordenação entre as unidades de cuidados para transferência dos pacientes, sendo que isto envolve as informações sobre o que o paciente necessita e o preparo da unidade que irá recebê-lo, sobre o que deve ser considerado quando este paciente chegar à enfermaria. Pode envolver reuniões de planejamento de cuidados com famílias e equipes de profissionais envolvidos no processo e, quanto mais cedo possível este planejamento iniciar, melhores os resultados. (HÄGGSTRÖM; BACKSTROM, 2014).

Um estudo australiano, que objetivava explorar as opiniões de um grupo especializado de enfermeiras de ligação, a respeito de fatores que contribuem para eventos adversos em pacientes que têm alta da UTI, mostrou que uma avaliação criteriosa destes pacientes é crucial e, muitas vezes, não ocorre em primeira instância. E, para tal, é necessário que esta avaliação seja relacionada com um conjunto de habilidades e qualificações da equipe e, também, a uma escolha adequada do destino de alta pós-UTI. Mais da metade das enfermeiras de ligação da UTI acreditava que a admissão de pacientes para uma enfermaria inadequada, muitas vezes, contribuiu para eventos adversos, ou seja, não se pode assumir que um paciente que precisa de cuidados de alta dependência os receberá em um ambiente sem recursos para fazê-lo, do mesmo modo que não se pode presumir que um paciente receberá cuidados especializados em uma enfermaria geral. (ELLIOTT et al., 2013).

Um estudo no sistema de saúde do Irã investigou os desafios do planejamento de alta, colocados como um fator relacionado à qualidade dos hospitais (GHOLIZADEH et al., 2015). Observa que, nos EUA, Reino Unido e Austrália, o planejamento de alta é prioridade há décadas e, para isto, estes países têm políticas e procedimentos, formulados segundo uma abordagem multidisciplinar, que favorecem a execução do processo (WONG et al., 2011). O planejamento de

alta em hospitais no Irã é um evento isolado, em vez de um processo. Implica em um planejamento de alta disperso e fragmentado. Portanto, não há interação entre os prestadores de serviços, o que cria dificuldades na implementação do planejamento de alta. (GHOLIZADEH et al., 2015). Esta ideia também pode ser presumida com os dados da pesquisa, mostrando a necessidade de construções baseadas em melhores práticas para cuidados de transição na instituição em questão.

Corroborando com isso, Weiss et al., (2015) apresentam um modelo conceitual para alta hospitalar. A preparação de alta abrange três processos de planejamento, compostos pela avaliação e planejamento para necessidades de alta, estimativa do risco de readmissão, coordenação de arranjos para qualquer suporte necessário após a alta e intervenções de ensino para a alta. Reforçam a necessidade de que os processos para a alta hospitalar sejam colocados como prioridade na agenda nacional e sejam constantemente melhorados. Ainda, ressaltam que o planejamento de alta deve ser implementado para que haja uma continuidade de cuidado assertiva.

Stelfox et al. (2015) tiveram como objetivo, em seu estudo, identificar facilitadores e barreiras para cuidados de alta qualidade durante a alta hospitalar da UTI e descrever estratégias e ferramentas que foram desenvolvidas para melhorar a alta hospitalar da UTI. Os resultados destacam áreas potenciais para melhorar a alta hospitalar da UTI, mostrando que a alta da UTI é claramente complexa. Além disso, embora existam prováveis desafios comuns para a alta da UTI, os fatores específicos da população e da instituição também são importantes. Isso sugere que não é provável que haja uma solução universal simples (por exemplo, uma lista de verificação de alta padronizada) para enfrentar os desafios da alta de pacientes da UTI. Em vez disso, é muito provável que a melhoria significativa ocorra com uma série de intervenções inter-relacionadas para nova engenharia da estrutura e do processo de alta do paciente da UTI. Alguns facilitadores de cuidados após a alta da UTI incluíram comunicação profissional-paciente, comunicação profissional-profissional, educação de alta para pacientes e famílias, implementação de melhores práticas, uso de ferramentas para facilitar a alta, educação e treinamento de profissionais nas UTIs e de enfermarias, e algumas barreiras encontradas foram a carga de trabalho do provedor e a ansiedade do paciente e da família sobre a alta.

Na categoria “Efetivação do processo de transição e continuidade de cuidados do paciente da UTI para a enfermaria”, o eixo central é a comunicação, ou

seja, que tipo de informação é relevante para o processo de transição do paciente da UTI para enfermaria, como esta informação é transmitida e de que modo é registrada.

A transversalidade da comunicação entre os vários níveis de prestadores de cuidados e entre os membros da equipe, bem como políticas, programas e legislação de apoio são fatores primordiais na implementação bem-sucedida do planejamento de alta. (GHOLIZADEH et al., 2015).

As ferramentas de planejamento de alta podem ajudar a padronizar o processo multidimensional de alta da UTI e assegurar que todos os passos essenciais sejam concluídos antes que os pacientes deixem o hospital. (STELFOX et al., 2015). Sem dúvida, a comunicação é uma estratégia de grande importância para efetivação do processo de transição do paciente da UTI para a enfermaria e se faz necessária a melhor utilização dela.

A transição de cuidados envolve a transferência de responsabilidade pelo atendimento ao paciente e requer comunicação de dados importantes do paciente (por exemplo, diagnósticos, exames, tratamentos, metas de cuidados) para que os planos de cuidados possam ser continuados de forma ininterrupta. (COLEMAN, 2004).

A informação precisa ser comunicada com precisão durante as transferências do paciente para atingir objetivos de qualidade e segurança. O objetivo principal de qualquer transferência do paciente é a transferência precisa de informações sobre o estado do paciente e o plano de cuidados. A transferência inclui ferramentas de suporte, documentos e informações que não são mencionadas durante as atualizações verbais entre os profissionais e devem ajudar a evitar uma descontinuidade no fluxo de atividades. No entanto, as transferências do paciente têm características únicas (PATTERSON et al., 2004).

As informações incompletas ou imprecisas produzem atraso significativo para a implementação de um planejamento seguro de alta, sendo necessárias acessibilidade e flexibilização às necessidades do indivíduo. (IANNELLI-MADIGAN et al., 2013; KING et al., 2013). Os dados encontrados corroboram com a importância de informações consistentes e em como a falta de informação prejudica o processo como um todo e implica, sem dúvida, na qualidade da assistência prestada.

Martins, Silva e Ferraz (2013) colocam que para um plano de alta ser bem-sucedido é preciso envolvimento dos profissionais e início precoce das orientações. Fica claro, nos discursos coletados e analisados, que os enfermeiros da UTI entendiam a necessidade de iniciar as orientações e o preparo do paciente para lidar com as necessidades de cuidados, já neste ambiente. E, também, na perspectiva dos enfermeiros da enfermaria, o quanto isso agregaria para o paciente e sua família.

O objetivo do trabalho de Psaila et al. (2015) foi descrever e explorar a transição do cuidado entre maternidade e serviços de saúde da criança e da família na perspectiva de enfermeiras de saúde infantil e familiar e parteiras. Foi demonstrado que se faz necessária a criação de um resumo genérico de alta que inclua informações psicossociais, biofísicas e informações adicionais individualizadas para cada paciente, ou seja, uma abordagem centrada no indivíduo para o planejamento de alta. Além disso, a comunicação eficaz e frequente entre profissionais de saúde, bem como a transferência oportuna de informações do paciente são essenciais para garantir a continuidade de cuidados. No entanto, a falta de pessoal ou inexperiência da equipe em angariar e repassar informações também contribui com a má qualidade da informação transferida.

Rollans et al. (2013) identificaram em seu estudo que enfermeiros acreditavam estar “bem equipados” quando informações sobre as necessidades de seus pacientes lhes eram encaminhadas, enquanto que outros confirmaram que não eram sempre avisados destas informações e, portanto, “não sabem o que vão encontrar” quando a informação não é transferida.

A continuidade de cuidados compreende três grandes temas, que são: os prestadores de cuidados de saúde em todos os estabelecimentos de cuidados e nos seus diferentes níveis; a comunicação de informações sobre o paciente entre prestadores de cuidados; e a cooperação entre prestadores de cuidados, tanto em uma configuração de cuidados como entre configurações de cuidados, para garantir que o cuidado esteja conectado. (UIJEN et al., 2012).

Em uma revisão sistemática, Foster e Manser (2012) estudaram a transferência de pacientes em cuidados agudos. Os resultados mostraram que o processo de transferência é multifacetado e, portanto, pode ser difícil de comparar e avaliar, mas eles também mostram que as páginas de relatório padrão são uma forma de facilitar a comunicação. Confirmando este fato, os discursos dos

enfermeiros entrevistados enfatizam a necessidade de um instrumento padronizado da enfermagem que compile todas as informações a respeito do paciente e fundamente o cuidado prestado.

Uma avaliação holística dos pacientes durante a sua estadia hospitalar, identificando suas necessidades específicas, contribui para o desenvolvimento de um documento que trace uma rota de cuidados entre os níveis de cuidados, e isso é um elemento crucial para a transição. Este documento deve ser uma combinação de protocolos e sistemas acordados entre profissionais, que inclua as diferentes intervenções que devem ser realizadas ao longo do processo do paciente. Ele define quem é responsável pela gestão do paciente em cada ponto de cuidado, e quando a responsabilidade deve ser transferida para outros profissionais envolvidos. (COMIN-COLET, et al., 2016).

Durante as transferências do paciente são cruciais informações sobre as condições do paciente e os tratamentos recebidos. Uma transferência de cuidados adequada, entre os profissionais, garante que os planos gerais de cuidados possam ser continuados. (LI; STELFOX; GHALI, 2011).

A falta de comunicação entre equipe, família e paciente é apontada como uma das maiores barreiras para uma transição segura e eficaz. (KING et al., 2013; DELATORRE et al., 2013).

Logo, uma continuidade consistente na gestão do cuidado, incluindo a provisão e compartilhamento de informações e comunicação sobre o planejamento de cuidados, juntamente com a coordenação dos cuidados exigidos pelo paciente (FREEMAN; HUGHES, 2010), se faz necessária para a realidade do contexto encontrado.

Na categoria “Elementos facilitadores do processo de continuidade de cuidados do paciente em transição da UTI para a enfermaria”, destacam-se as questões de necessidade de protocolos para transição bem estabelecidos, a preocupação dos profissionais envolvidos no processo com a descontinuidade de cuidados e a necessidade de uma mudança no processo atual de transição e continuidade de cuidados.

A transferência clínica é fundamental para a tomada de decisões clínicas e para o fornecimento de cuidados seguros, de alta qualidade e contínuos. A transferência de informações incompleta e imprecisa pode resultar em resultados ruins. (SPOONER et al., 2013).

Ainda, alguns enfermeiros podem não considerar que facilitar a recuperação contínua seja uma parte importante do seu papel, reforçando a importância de reabilitação como parte de cuidados intensivos como sendo uma prioridade importante para todos os profissionais de saúde (NICE, 2009; BENCH; GRIFFITHS; DAY, 2013).

O estudo de Bench et al. (2014) mostrou que os resumos de alta do paciente provavelmente serão um complemento útil da informação de alta existente, mas é necessário um trabalho adicional para determinar quando e como devem ser fornecidos. Com treinamento e apoio adequados, é possível que os enfermeiros escrevam resumos de alta em um ambiente ocupado de cuidados intensivos. Motivação, restrições de tempo e prioridades concorrentes foram identificadas como barreiras principais para a redação de um resumo efetivo; no entanto, na maioria dos casos, escrevê-los tinha levado menos de 15 minutos. Os dados do questionário suportam que os resumos de alta do paciente podem ajudar os pacientes, parentes e enfermeiros da enfermaria a entender melhor o que aconteceu nos cuidados intensivos.

Destaca-se a importância de combinar outros recursos com informações verbais efetivas (BENCH; GRIFFITHS; DAY, 2013) e apoiar o desenvolvimento de cuidados intensivos por meio de registros impressos, sendo que a interação com a informação escrita pode ajudar as equipes que irão acompanhar este paciente (DONOHUE; ENDACOTT, 2010), proporcionando oportunidade de discussão sobre o conteúdo dos resumos da alta, melhorando a compreensão e facilitando a fase de recuperação da doença, com percepções precoces e melhoradas do progresso. (PHILLIPS, 2011).

Emergiu dos dados a questão de que um resumo de alta elaborado pelos enfermeiros da UTI seria uma ferramenta de grande valor para os enfermeiros da enfermaria poderem continuar os cuidados iniciados por eles, bem como saber a trajetória clínica deste paciente. Muitos profissionais colocam que uma das maiores lacunas encontradas por eles se refere à comunicação e à falta de informações que julgam importantes para poderem executar um cuidado de qualidade. Logo, instituir um instrumento padronizado que contemple todas as necessidades de cuidados do paciente em transição da UTI para a enfermaria se faz necessário, corroborando com o achado do estudo acima citado.

Os resultados deste estudo ajudarão na geração de uma ferramenta específica e padronizada de envio da enfermagem da UTI para a enfermaria, assim como no trabalho de Spooner et al. (2013). As abordagens padronizadas visam simplificar e racionalizar a tomada de decisão clínica, podendo ser usadas com auxílios didáticos ou recursos de informação para profissionais novos e experientes, e esta padronização do cuidado é uma forma de respaldo profissional. (COLEMAN et al., 2006).

Através do desenvolvimento de um sistema padronizado para uma abordagem estruturada para a entrega de informações durante a transferência, tem-se uma maneira efetiva de transmissão do conhecimento, de modo que exista uma flexibilidade exercida ao lado de procedimentos baseados em protocolos, para suportar processos de tomada de decisão e garantir que a informação não será perdida. (COLEMAN et al., 2006; FOUST et al., 2012).

O estudo revela a importância de uma organização que forneça a possibilidade para a entrega coordenada do paciente ao próximo nível de cuidados, reforçando o cuidado de transição centrado na pessoa. Isso também ilustra como um plano de cuidados individual pode facilitar a transição do paciente e como o enfermeiro pode usar várias estratégias de apoio para isso. O conhecimento sobre as necessidades de transição, o empoderamento e a educação do paciente parecem ser questões de importância para facilitar as transições. (HÄGGSTRÖM et al., 2012).

O estudo de Silva; Sousa; Padilha (2010) demonstra a importância das unidades de cuidados intermediários para assistir os indivíduos após a alta da UTI e enfatiza o conceito de cuidado progressivo, mostrando o benefício do atendimento em unidades adequadas, sem interrupção brusca dos cuidados dos quais ainda necessitam.

Fatores contribuintes ligados à segurança do paciente na transição incluem as demandas concorrentes pelo tempo dos profissionais; falta de conhecimentos ou experiência especializada na enfermaria; um ambiente inapropriado para o paciente internado na enfermaria. (GOULDING et al., 2012).

No estudo de James, Quirke, McBride-Henry (2013) foi demonstrado que existe o desejo de controlar o momento da transferência da UTI para a configuração da ala, por parte da UTI. Foi visto que a equipe da UTI fica frustrada quando tem um tempo limitado para preparar os pacientes para transferência e eles se sentem pressionados para completar tarefas e preencher a documentação dos pacientes.

Por outro lado, a equipe da ala queria muito um aviso iminente de transferência de pacientes para que eles pudessem organizar a mudança necessária no setor. Isso significa que a questão da comunicação se torna primordial para a segurança dos pacientes. Alguns dos entrevistados da UTI relataram que as enfermeiras da enfermaria estavam muito ocupadas e, às vezes, desinteressadas ao receber o paciente, mas estavam preparadas para cuidar deles. Em contraponto a esse estudo, os dados encontrados mostram que existia uma desconfiança por parte dos enfermeiros da UTI que a equipe da enfermaria não tinha o mesmo preparo para lidar com as necessidades que o paciente exigia, sugerindo de forma velada uma falta de expertise e uma insegurança na continuidade do processo de cuidado no discurso deles.

Pesquisadores, destacando a complexidade inerente à alta do paciente da UTI, demonstraram que os enfermeiros exigem o conteúdo da informação de uma transferência para ser adaptado ao nível de experiência dos mesmos. Além disso, para questões sobre comunicação durante o processo de alta do paciente, a literatura também destaca o impacto das atitudes e percepções pessoais dos profissionais envolvidos. (WATTS; PIERSON; GARDNER, 2005).

Fatores contextuais, tais como a temporização para alta, são importantes para os enfermeiros da ala assegurarem os recursos que são adequados, em termo de pessoal e equipamentos. Porém, a carga de trabalho e a combinação de competências dos enfermeiros da ala também são citadas como preocupações por parte dos enfermeiros da UTI, afetam a alta e podem levar à readmissão do paciente na UTI. (ELLIOTT et al., 2011; JAMES, QUIRKE, MCBRIDE-HENRY, 2013).

Os achados do estudo de Watts; Pierson; Gardner (2005) sugerem que, para a enfermagem, o processo de planejamento de alta não é bem entendido e existe uma necessidade de educação adicional de enfermeiros de cuidados intensivos em relação aos princípios subjacentes do processo de planejamento de alta. Ter conhecimento sobre as necessidades transitórias significa que os enfermeiros que vão ajudar nessa transição devem primeiro ter uma compreensão da experiência em si. (CHABOYER et al., 2006). Esses achados corroboram com a ideia de que é preciso o investimento em educação continuada como prioridade estratégica para boas práticas em transição e efetivação da continuidade de cuidados.

Em um estudo da Nova Zelândia, Bunn (2007) descreveu a experiência de enfermeiros da enfermaria na alta de pacientes vindos de uma UTI e os problemas

comuns de comunicação surgidos no contexto. O estudo revelou temas que influenciam na atitude do enfermeiro ao enviar o paciente de alta e estes incluem o nível de experiência do enfermeiro envolvido, a acuidade do paciente, o tempo de transferência, bem como as expectativas do paciente e dos familiares aos cuidados da ala.

O estudo realizado por Whittaker e Ball (2000), com enfermeiras da enfermaria, examinou o tipo de informação requisitado na alta, identificando que os enfermeiros da UTI estão focados na acuidade do paciente, em vez de em aspectos mais práticos do atendimento ao paciente. Os enfermeiros da ala exigiam mais informações práticas, como, por exemplo, se o paciente poderia sentar-se na cama, tomar uma dieta oral ou seu nível de dependência em relação às suas necessidades de higiene. Isto corrobora, também, com os dados deste trabalho.

Os dados deste trabalho sugeriram a presença de um profissional que pudesse fazer especificamente a ligação entre a UTI e a enfermaria, e uma inovação proposta foi a participação dos enfermeiros da enfermaria nas visitas multidisciplinares da UTI, como maneira de criar um vínculo prévio com o paciente e subsidiar a maneira com a qual vão lidar futuramente com as necessidades de cuidados destes pacientes.

Esta prática já é observada em outras realidades fora do cenário nacional, e observa-se que o comparecimento diário na visita multidisciplinar da UTI por enfermeiros de ligação da UTI permite que estes identifiquem em que condições os pacientes vão de alta para uma ala. Essa participação fez repercutir em avanços no processo de tomada de decisão para quando os pacientes podem ter alta para uma ala, e em qual ala poderia fornecer o cuidado que os pacientes exigiram. Para isto, desenvolveram uma ferramenta para identificar critérios de alta, a partir de suas anotações diárias das avaliações dos pacientes. (GREEN; EDMONDS, 2004).

Para uma transição ideal nos cuidados se faz necessário um processo para estruturação de um novo *design*, usando esforços contínuos de melhoria da qualidade e ferramentas efetivas para maximizar a possibilidade de sucesso. (BURKE et al., 2013).

Outro componente importante para a transição do cuidado é a comunicação de informações, no que se refere ao conteúdo a ser incluído no sumário de alta e/ou mecanismos de transferência de informação do hospital aos serviços que dispensarão os cuidados pós-alta. (BURKE et al., 2013).

O sumário de alta tem como finalidade orientar a transição de informações sobre o cuidado dos pacientes para a equipe de assistência pós-hospitalar e, por isso, deve conter dados essenciais sobre o período de internação, apresentados de forma estruturada, organizada e objetiva. (KRIPALANI et al., 2007).

Atualmente, não existe uma padronização do conteúdo de sumário de alta, tanto no âmbito nacional quanto internacional, e o planejamento antecipado de cuidados é quase inexistente no Brasil. (ACOSTA, 2016). Entretanto, Souza (2012) realizou uma revisão de literatura para especificar um padrão para registros de alta, identificando como elementos indispensáveis os seguintes: identificação do paciente e caracterização da internação; motivo da admissão, diagnósticos e comorbidades; achados clínicos relevantes e outros achados; procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados; medicações importantes, inclusive os medicamentos a serem tomados em casa; exames pendentes; evolução e condições de saúde do paciente na alta; instruções relativas ao acompanhamento (educação ao paciente e familiar), e destino da alta e retorno. A organização, clareza e disponibilidade, em tempo hábil, dos dados no sumário de alta e em outros meios de transferência são importantes para que os profissionais que irão acompanhar o paciente após a alta possam acessar e entender rapidamente as informações. (BURKE et al., 2013).

Como muitos profissionais podem estar envolvidos na transição de um único paciente, é necessário sincronizar os cuidados entre os diferentes serviços e profissionais envolvidos no processo (BURKE et al., 2013). Sem adequada comunicação e coordenação entre os membros da equipe, os pacientes têm maiores riscos de complicações, erros médicos e realização de testes repetidos. (SCHOEN et al., 2011).

Todas essas intervenções têm custos manejáveis e são desafiadoras, mas não impossíveis de implementar. (ACOSTA, 2016). Para Wachter (2013), elas simplesmente exigem vontade institucional, uma equipe de trabalho forte e uma apreciação dos princípios de melhora de qualidade.

7 SUGESTÕES PARA O APRIMORAMENTO DO PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO PACIENTE E CONTINUIDADE DE CUIDADOS DA UTI PARA A ENFERMARIA

Nesta etapa do trabalho, serão abordadas as proposições dos elementos para as melhorias no processo de alta da UTI onde o estudo foi realizado, apontadas pelos participantes da pesquisa, como também pela autora do trabalho, representadas nas FIGURAS 7 e 8.

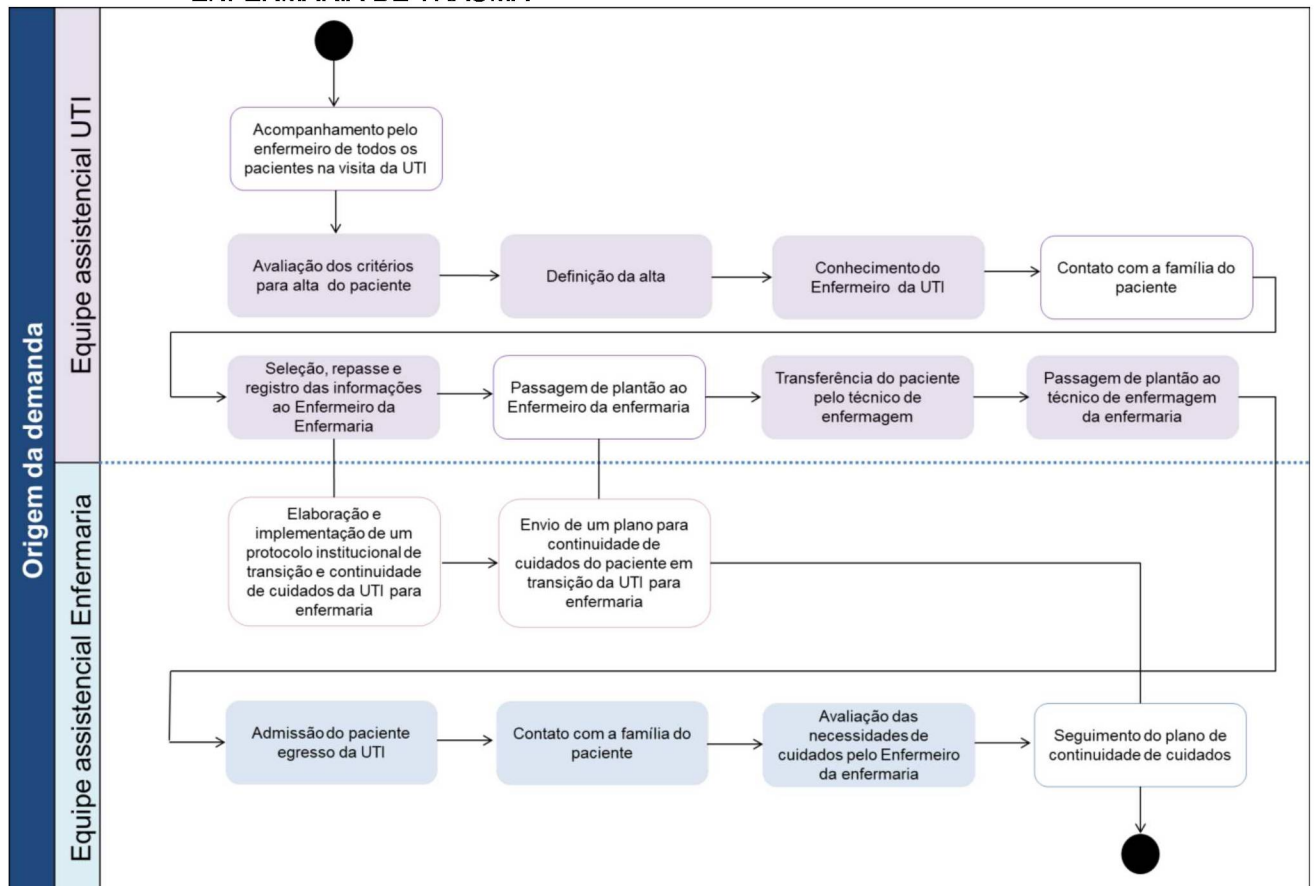
As propostas de aprimoramento visam contribuir para um processo de transição e continuidade de cuidados mais abrangente que possibilite a instrumentalização dos profissionais envolvidos no processo para a execução de uma assistência de enfermagem de qualidade e mais centrado nas necessidades de cuidados dos pacientes.

Uma primeira sugestão seria a construção de um protocolo institucional para transição e continuidade de cuidados do paciente da UTI para a enfermaria e a construção e implementação de um instrumento para registro das informações e necessidades de cuidados do paciente, a ser preenchido pelos enfermeiros da UTI e repassado aos enfermeiros da enfermaria, seja este instrumento físico ou informatizado, configurando com essas ações um plano de continuidade de cuidados da UTI para a enfermaria.

Dessa forma, explicita-se uma segunda sugestão crucial, o início precoce da orientação do paciente para a transição e manejo de suas necessidades de cuidados já na UTI, pela execução de um planejamento de alta por parte dos enfermeiros da unidade, e também incluir a família nestas orientações, uma vez que atualmente não foi percebida uma força neste vínculo.

Outra sugestão elencada está na inclusão de novas etapas no fluxo atual de alta da UTI para a enfermaria de trauma, como ilustrado pela Figura 9. Uma grande inovação para este processo seria o acompanhamento por parte do enfermeiro da enfermaria dos pacientes, diariamente, na UTI, e que este participasse da visita multidisciplinar que acontece na unidade.

FIGURA 7 – SUGESTÕES DE MUDANÇAS NO FLUXO ATUAL DE ALTA DA UTI PARA A ENFERMARIA DE TRAUMA



FONTE: A autora (2017).

Uma vez que o enfermeiro da enfermaria tem as informações registradas por um instrumento formal e conhece previamente o paciente, ele pode preparar sua equipe para a transição do paciente e continuidade destes cuidados.

O enfermeiro pode pensar que esta atividade despenderá mais tempo de trabalho, porém o tempo empregado nesta atividade é um ganho de tempo para o planejamento no recebimento do paciente, uma vez que ele faz uma troca antecipada e contínua de informação e, com isso, se tem uma continuidade de cuidados efetivamente.

Entende-se este ponto no processo como uma questão de mudança de comportamento, e essa troca de informação pode trazer mais expertise para esse enfermeiro, uma vez que, o aprofundamento do seu conhecimento nas situações apresentadas a ele e a melhora de sua performance, bem como a da sua equipe, são efeitos colaterais interessantes do processo. Pode-se colocar que isto demanda um aumento de recursos humanos, porém fará muita diferença no processo de trabalho dos enfermeiros e nos cuidados dos pacientes.

Constata-se, com isso, o conceito de enfermeiro de ligação, e a ligação propriamente dita. Esta riqueza de detalhes adquiridos propicia uma oportunidade para planejamento prévio da saída do paciente da UTI, pois o que acontece hoje é um planejamento em um contexto desconhecido.

Sob a perspectiva da autora, observa-se continuamente na fala dos participantes a necessidade de melhoria do processo de transição para a enfermaria, fazendo-se necessária a elaboração pelos enfermeiros da UTI de um planejamento para a alta e, pelos enfermeiros da enfermaria, de um planejamento para o recebimento do paciente.

Sugere-se, portanto, um investimento em preparar estes enfermeiros para o desenvolvimento destas ações de forma sistematizada, no que concerne ao processo de trabalho do enfermeiro.

A FIGURA 8 explicita de forma esquematizada as sugestões de aprimoramento no processo de transição do paciente e continuidade de cuidados da UTI para a enfermaria, e também resume o processo de transição e continuidade de cuidados centrados no paciente, sob a perspectiva da autora.

FIGURA 8 – PROCESSO DE TRANSIÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS DA UTI PARA A ENFERMARIA CENTRADOS NO PACIENTE



FONTE: A autora (2017).

Respondendo a questão da proposição dos elementos para um plano de transição dos pacientes da UTI para a enfermaria de trauma, na perspectiva da continuidade do cuidado, o modelo acima (FIGURA 8) mostra que para um processo de transição e continuidade de cuidados centrado no paciente e adequado as suas necessidades seja efetivado são necessários alguns mecanismos que regulam e facilitam o processo. Estes mecanismos, são materializados por meio de ferramentas para a transmissão e registro de informações, da instituição de protocolos dentro do serviço de saúde e, também depende da conduta de cada profissional, seja no preparo para a transição no contexto de saída do paciente, representado pela UTI, ou no preparo para o recebimento do paciente em transição, no contexto de admissão, representado pela enfermaria.

Ainda, considerando os mecanismos que integram os diferentes níveis de cuidados e efetivam a ligação entre eles, está principalmente o planejamento da alta, que envolve os critérios para alta do paciente em questão, bem como a decisão desta alta, propriamente dita. Ressaltando que o planejamento da alta deve iniciar precocemente na UTI, incluindo a família nesta preparação.

Para o seguimento do processo, e para uma da continuidade efetivamente se faz necessário o envolvimento ativo do enfermeiro da enfermaria, de modo que ele possa construir um conhecimento em relação aos cuidados e intervenções necessárias e processar as informações a respeito do paciente em transição. Para isto, é preciso a disposição de recursos humanos e materiais. Cabe colocar, apesar deste não ter sido o foco da pesquisa, que neste nível de cuidado também é preciso iniciar um novo planejamento e preparo de alta, neste caso para o domicílio, pois existe uma dinamicidade nas transições e nos cuidados que serão exigidos por este paciente.

Este modelo também coloca o enfermeiro como um elo de ligação para efetivação da continuidade de cuidados. Porém, as sugestões colocadas pelos enfermeiros da pesquisa devem ser contextualizadas as realidades institucionais, uma vez que, o exemplo de ter um enfermeiro específico para realizar visitas na UTI, pode ser uma estratégia de alto custo. Cabe salientar que, estratégias para continuidade de cuidados bem empregadas, trazem também ganhos financeiros as instituições, e uma melhor distribuição dos recursos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou analisar o processo de transição dos pacientes da UTI para a Enfermaria de Trauma na perspectiva da continuidade do cuidado sob a ótica dos enfermeiros, identificando as necessidades de cuidados dos pacientes e propondo os elementos para um plano de transição na perspectiva da continuidade do cuidado.

A investigação alcançou os seus objetivos, pois foi possível analisar como acontece a transição dos pacientes da UTI para a enfermaria de trauma e o que é necessário para a efetivação com qualidade deste processo.

A análise do processo de transição e continuidade de cuidados, por meio dos discursos dos participantes, permitiu a identificação de quatro categorias neste estudo: “Determinantes para os contextos de saída e entrada do paciente em transição da UTI para a enfermaria”; “Planejamento do processo de transição e continuidade do cuidado do paciente da UTI para a enfermaria”; “Efetivação do processo de continuidade de cuidados da UTI para a enfermaria”; e “Elementos facilitadores do processo de continuidade de cuidados do paciente em transição da UTI para a enfermaria”.

O processo de transição e continuidade de cuidados também está atrelado à política da instituição hospitalar. Neste sentido, espera-se que o presente estudo instrumentalize a direção de enfermagem na implementação de estratégias que favoreçam implantação de um protocolo para transição e continuidade de cuidados da UTI para enfermaria, à qual contemple: o planejamento de alta da UTI, o planejamento para o recebimento do paciente, a criação de práticas profissionais que fomentem nos enfermeiros a necessidade de entender e praticar a continuidade de cuidados.

A prática de o enfermeiro da enfermaria realizar visitas diárias na UTI seria a grande mudança para o processo de transição e continuidade de cuidados, que se concretiza pelo acompanhamento de todos os pacientes internados na UTI, e entende-se este fato como a grande contribuição do estudo.

O processo de transição, neste estudo exemplificado pela alta do paciente da UTI para a enfermaria, é considerado um período de alta complexidade. Portanto, faz-se necessário que a orientação e preparação para alta da UTI se iniciem precocemente na unidade, estratégia ainda pouco valorizada e empregada.

Evidencia-se aqui o papel fundamental e estratégico do profissional enfermeiro durante o planejamento e execução do processo de transição e continuidade de cuidados. O enfermeiro pode assumir o papel de coordenador deste processo, sendo um articulador das ações empregadas com vistas a instrumentalizar o paciente, a família e seus pares.

Destaca-se a necessidade de estudos futuros que abordem a temática, principalmente nacionais, uma vez que estas práticas já são difundidas e consolidadas internacionalmente, para contribuir com o desenvolvimento de estratégias que qualifiquem a transição do cuidado com a elaboração de planos para transição e continuidade de cuidados, com a melhor preparação do paciente e sua família para o enfrentamento da transição e fomentando o autogerenciamento das suas necessidades de cuidados.

Nesse sentido, destaca-se a atuação do enfermeiro na implementação da transição do cuidado, exercendo papel essencial na coordenação do cuidado, na educação em saúde e na articulação entre os serviços de saúde, nos seus diferentes níveis de atenção, que irão dar continuidade no atendimento do paciente, seja em transições internas ou externas.

Uma transição do cuidado adequada e de qualidade acarreta, conseqüentemente, em benefícios para o paciente, sua família, seu cuidador, para profissionais e o sistema de saúde, pois influencia na prevenção de readmissões hospitalares desnecessárias, na redução de custo em saúde e na qualidade de vida das pessoas.

Os resultados deste estudo sugerem fragilidades na transição de pacientes da UTI para a enfermaria e continuidade de seus cuidados, as quais podem ser extrapoladas com estratégias instituídas em outros países, como a implantação do planejamento da alta, inclusão de ferramentas para direcionar o fornecimento das informações e a operacionalização do processo de transição com o trabalho de uma equipe ou um profissional com a função específica para realizar esta atividade.

Para isso, se fazem necessários comprometimento institucional, educação permanente e engajamento dos profissionais, no que se refere à mudança de práticas profissionais e comportamento, com o intuito da promoção e prevenção de agravos em saúde e, também entender essa temática dentro da transversalidade representada por ela.

A realização desta pesquisa remete a necessidade de fazer este trabalho em outras perspectivas, ou seja, com os familiares, equipe multidisciplinar e os pacientes, aplicados em diferentes realidades.

O exercício profissional qualificado dos enfermeiros e fundamentado em melhores práticas é essencial para concretização de transições seguras, sendo uma oportunidade para a visibilidade e valorização do trabalho da enfermagem.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M. Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio. 2016. 162 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, RS, 2016.

ACCREDITATION CANADA. **Safety in Canadian health care organizations: A focus on transitions in care and Required Organizational Practices.** Ontario (CAN): Accreditation Canada, 2013.

ACCREDITATION CANADA. **Required Organizational Practices.** Ontario (CAN): Accreditation Canada, 2014.

AL-AZRI, M. Continuity of Care and Quality of Care. Inseparable Twin. **Oman Medical Journal.**, Muscat (OMAN), v. 23, n. 3, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3282321/>>. Acesso em: 15 set. 2016.

ALLEN, J. et al. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. **BMC Health Serv Res** [online], v.14, p. 346, 2014. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-346>>. Acesso em: 12 nov. 16.

ARAÚJO, T. G. et al. Readmissões e óbitos após a alta da UTI: um desafio da terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva** [online], v. 25, n. 1, jan./mar.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2013000100007> Acesso em: 30 set. 2016.

ARORA et al. The impact of stress on surgical performance: a systematic review of the literature. **Surgery** [online], v.147, n.3, p. 318-30, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20004924>>. Acesso em: 12 set. 17.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUTORISÉS DE L'ONTARIO (ONA). **Care Transitions: Clinical Best Practice Guidelines.** Toronto (CAN): Registered Nurses' Association of Ontario, 2014. Ebook. Disponível em: <<http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/TransitionsDesSoins-RNAO.pdf>> Acesso em: 30 setembro 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 1ed, 3 reimpr. São Paulo: 2016.

BENCH, S.; GRIFFITHS, P.; DAY, T. The effectiveness of written and/orverbal critical care discharge information to support early critical illness recovery: a narrative critical review. **Crit Care Nurse** [online], v.33, n.3, p.41-52, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23727851#>>. Acesso em: 12 nov. 17

BENCH, S.D. et al. Providing critical care patients with a personalised discharge summary: A questionnaire survey and retrospective analysis exploring feasibility and effectiveness. **Intensive Crit Care Nurs**. [online], v.30, n.2, p.69-76, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24211048>>. Acesso em: 10 out.17.

BERNARDINO, E. et al. Enfermeira de ligação: uma estratégia de ligação em rede. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 459-63, 2010. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/reben/v63n3/a18v63n3.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, D.F., 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial da União**. Brasília, D.F., n.98, 24 maio 16, Seção 1, p.44-46.

BUCHNER, D.L. et al. Prospective cohort study protocol to describe the transfer of patients from intensive care units to hospital wards. **BMJ Open**. [online], v. 5, n.7, p.e007913, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26155820>>. Acesso em: 01 nov. 17.

BUNN, S. **An Exploration of the Transition of Patients from Intensive Care to the Ward Environment: A Ward Nursing Perspective**. 2007. 133f. Masters of Nursing (Clinical) - Victoria University of Wellington, New Zealand, 2007. Disponível em: <<http://researcharchive.vuw.ac.nz/xmlui/bitstream/handle/10063/139/thesis.pdf?sequence=2>>. Acesso em: 12 jun. 16.

BURKE, R. E. et al. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. **Journal of Hospital Medicine**, Hoboken (EUA), v.8, n.2, p. 102-109, nov. 2013.

CAMPBELL, A. et al. Predicting death and readmission after intensive care discharge. **Br J Anaesth** [online] v. 100, n. 5, maio 2008. Disponível em: <https://academic.oup.com/bja/article-lookup/doi/10.1093/bja/aen069>. Acesso em: 30 set. 2016.

CHABOYER, W. et. al. The impact of an ICU liaison nurse: a case study of ward nurses' perceptions. **J Clin Nurs**. [online], v. 14, n. 6, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15946285>> Acesso em: 14 ago.2016.

CHABOYER, W. et al. The impact of an ICU liaison nurse on discharge delay in patients after prolonged ICU stay. **Anaesth Intensive Care** [online], v.34, n.1, p.55-60, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16494151>>. Acesso em: 12 nov. 17.

CHICK, N.; MELEIS, A.I. **Transitions: A nursing concern**. In: CHINN, P.L. *Nursing Research Methodology*. Boulder, CO: Aspen Publication, 1986.

COGNÉT, S.; COYER, F. Discharge practices for the intensive care patient: a qualitative exploration in the general ward setting. **Intensive Crit Care Nurs** [online], v.30, n. 5, p.292-300, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24907890>>. Acesso em 12 nov. 17.

COLEMAN, E.A. et al. Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. **Int J Integr Care** [online], v. 2, n.1, e02, 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480381/>>. Acesso em: 01 jul.17.

COLEMAN, E.A. et al. Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the care transitions intervention. **J Am Geriatr Soc.**, New York (USA), v. 52, n.11, p. 1817-1825, nov. 2004.

COLEMAN, E. A. et al. The care transitions intervention: Results of a randomized controlled trial. **Archives of Internal Medicine** [online], v. 166, n. 17, não p., 25 set. 2006. Disponível em: <https://caretransitions.org/wp-content/uploads/2015/06/39_The-Care-Transitions-Intervention-Results-of-a-Randomized-Controlled-Trial.pdf> Acesso em: 01 ago.2016.

COLEMAN, E. A. et al. The central role of performance measurement in improving the quality of transitional care. **Home Health Care Services Quarterly**, New York (USA), v. 26, no. 4, p. 93-104, 2007.

COLEMAN, E.A.; BOULT, C.E. On behalf of the American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **J Am Geriatr Soc.**, New York (USA), v.51, n.4, p.556–7, 2003.

COLEMAN, E.A.; MAHONEY, E.; PARRY, C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective. **Medical Care Research and Review**, Washington (USA), v. 43, no. 3, p. 246-255, mar. 2005.

COMÍN-COLET, J. et al. Transiciones de cuidados entre insuficiencia cardiaca aguda y crónica: pasos críticos en el diseño de un modelo de atención multidisciplinaria para la prevención de la hospitalización recurrente. **Rev Esp Cardiol.** [online], v.69, n.10, p.951-961, 2016. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893216301130?via%3Dihub>> . Acesso em: 05 nov. 17.

CORNWELL, J. et al. **Continuity of care for older hospital patients – A call for action**. London (UK): The King's Fund, 2012. Disponível em: <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/continuity-of-care-for-older-hospital-patients-mar-2012.pdf>. Acesso em: 10 nov. 16.

DELATORRE, P. G. et al. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 7, n. spe., p. 7151-7159, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3968/8170>>. Acesso em: 01 jul.17.

DONOHUE, L.A.; ENDACOTT, R. Track, trigger and teamwork: communication of deterioration in acute medical and surgical wards. **Intensive Crit Care Nurs.** [online], v.26, n.1, p.10–17, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19963385>>. Acesso em: 12 nov. 17.

ELLIOTT, M. et al. Factors contributing to adverse events after ICU discharge: A survey of liaison nurses. **Australian Critical Care**, Melbourne (AU), v.26, p.76-80, 2013.

FLEMING, M.O.; HANEY, T.T. Improving patient outcomes with better care transitions: the role for home health. **Clev Clin J Med.** [online], v.80, suppl. I, p.S2-S6, 2013. Disponível em: <<http://www.mdedge.com/ccjm/article/96005/geriatrics/improving-patient-outcomes-better-care-transitions-role-home-health>>. Acesso em: 01 jul.17.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FOSTER, S.; MANSER, T. Receiving care providers' role during patient handover. **Trends in Anaesthesia and Critical Care.** [online]., v.2, n.4, p. 156-160, 2012. Disponível em: <<https://www.research-collection.ethz.ch/handle/20.500.11850/59123>>. Acesso em: 06 jan. 17.

FOUST, N. V. et al. Hospital to Home Health Care Transition: Patient, Caregiver, and Clinician Perspectives. **Western Journal of Nursing Research.**, Columbia (USA) , v. 34, n. 2, p. 194–212, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21427451>>. Acesso em: 18 out. 2016

FREEMAN, G. et al. **Continuity of care**: report of a scoping exercise for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation (NCCSDO). London (UK): NCCSO, 2001. Disponível em:<http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_ES_08-1009-002_V01.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2016.

FREEMAN, G.; HUGHES, J. **Continuity of Care and the Patient Experience**. London (UK): The King's Fund, 2010. Disponível em: <www.kingsfund.org.uk/document.rm?id=8712>. Acesso em: 05 ago. 16.

FREITAS, L. F. C.; MOREIRA, D. DE A.; BRITO, M. J. M. A continuidade do cuidado na perspectiva do ser cuidado. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 19, n. 4, p.694-700, 2014. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/35993/23929>. Acesso em: 16 set. 2016.

FUJI, K. T. et al. Exploring Care Transitions From Patient, Caregiver, and Health-Care Provider Perspectives. **Clinical Nursing Research.**, Califórnia (USA), v. 22, n. 3, p. 258–274, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23113935>. Acesso em 14 out. 2016.

GAJIC, O. et al. The Stability and Workload Index for Transfer score predicts unplanned intensive care unit patient readmission: initial development and validation. **Crit Care Med.**[online], v.36, n.3, p.676-82, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0B013E318164E3B0>>. Acesso em: 01 nov. 17.

GHOLIZADEH, M. et al. Challenges in patient discharge planning in the health system of Iran: a qualitative study. **Glob. j. health. sci.**, Toronto (CAN), v.8, n.6, p. 168-178, out. 2015.

GIL, A.C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GOULDING, L. The quality and safety of healthcare provided to hospital in patients who are placed on clinically inappropriate wards. 2011. 345f. Thesis (Doctor of Philosophy in Health Sciences) - University of York, Department of Health Sciences, 2011. Disponível em: <http://etheses.whiterose.ac.uk/2400/1/Lucy_Goulding_Ph.D._thesis.pdf>. Acesso em: 12 jun. 16.

GREEN, A.; EDMONDS, L. Bridging the gap between the intensive care unit and general wards. **Intensive and Critical Care Nursing**. [on line] v. 20, n.3, 133-143, 2004. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15157931>>. Acesso em: 05 out.17.

HÄGGSTRÖM, M., ASPLUND, K.; KRISTIANSEN, L. How can nurses facilitate patient's transitions from intensive care? A grounded theory of nursing. **Intensive Crit Care Nurs**. [online], v.28, n.4, 224-233, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22386583>>. Acesso em: 05 out.17.

HÄGGSTRÖM, M.; BÄCKSTRÖM, B. Organizing Safe Transitions from Intensive Care. **Nursing Research and Practice** [online], v. 2014, article ID 175314, 11 pages. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/nrp/2014/175314/>>. Acesso em: 05 nov. 17.

HEATON, J.; CORDEN, A.; PARKER, G. Continuity of care: a critical interpretive synthesis of how the concept was elaborated by a national research programme. **Int J Integr Care**. [online], v.12, p.1-9, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3429143/>>. Acesso em: 29 jul. 2016

HEDGES, C. C. et al. Relationship-Based Nursing Practice Transitioning to a New Care Delivery Model in Maternity Units. **Perinat Neonat Nurs**. [online], v. 26, n.1, p. 27–36, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22293640>. Acesso em: 27 jun. 2016.

HESSELINK, G. et al. Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. **Int J Qual Health Care**, Oxford (UK), v. 25, no. 1, p. 66-74, feb. 2013.

HOLLAND, D. E. et. al. Feasibility of discharge planning in intensive care units: a pilot study. **AJCC** [online], v. 21, n. 4, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3839084/>. Acesso em: 16 ago. 2016.

HOLLAND, D.E.; HARRIS, M. R. Discharge planning, transitional care, coordination of care, and continuity of care: clarifying concepts and terms from the hospital perspective. **Home Health Care Serv Q.** [on line], v. 26, n. 4, p. 3-19, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18032197>. Acesso em: 23 out. 2016.

IANNELLI-MADIGAN, G. Transitioning the adolescent with type 1 diabetes mellitus. **J Pediatr Nurs.** [online], v.27, n.5, p.602-4, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22819877>. Acesso em: 01 out. 16.

IWAMOTO, H.H.; ANSELM, M.L. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do município de Uberaba, Minas Gerais. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 443-53, set. 2006. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeenfermagem/article/view/4663/2581>. Acesso em: 06 nov. 2017.

JAMES, S.; QUIRKE, S.; McBRIDE-HENRY, K. Staff perception of patient discharge from ICU to ward-based care. **Nurs Crit Care.** [online], v.18, n.6, p.297-306, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24165071>. Acesso em: 12 set. 17.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais**.4. ed. Rio de Janeiro: CBA, 2010.

KESSLER, C. et al. Transitions of care for the geriatric patient in the emergency department. **Clinics in Geriatric Medicine**, Philadelphia (USA), v. 29, n. 1, p. 49-69, fev.2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23177600>. Acesso em: 01 jul.17.

KANG, Y.A. Risk Factors and Outcomes Associated With Readmission to the Intensive Care Unit After Cardiac Surgery. **AACN Adv Crit Care** [online], v.27, n.1, p. 29-39, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26909451>. Acesso em: 12 nov. 17.

KING, B. J. et al. The consequences of poor communication during transitions from hospital to skilled nursing facility: a qualitative study. **J. am. geriatr. soc.**, New York (USA), v. 61, n. 7, p. 1095-1102, 2013. Disponível em: goo.gl/vo3B06. Acesso em: 14 out. 2016.

KRAMER, A.A.; HIGGINS, T.L.; ZIMMERMAN, J.E. The association between ICU readmission rate and patient outcomes. **Crit Care Med.**[online], v.41, n.1, p.24-33, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23128381>. Acesso em: 12 nov. 17.

KRIPALANI, S. et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. **Jama** [on line], v. 297, n.8, p.831-841, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17327525>> Acesso em: 30 set. 2016.

LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. **Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2016.

LAUGALAND, K.; AASE, K.; BARACH, P.; Interventions to improve patient safety in transitional care – A review of the evidence, **Work**. [online], v. 41, supl.1, p. 2915–2924, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22317162>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

LI, P.; STELFOX, H.T.; GHALI, W.A. A prospective observational study of physician handoff for intensive-care-unit-to-ward patient transfers. **Am J Med**. [online], v.124, n.9, p.860–7, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21854894>>. Acesso em 12 nov. 17.

LUDIN, S. M.; ARBON P, PARKER S. Patients' transition in the intensive care units: concept analysis. **Intensive Crit Care Nurs** [online], v. 29, n. 4, p.187-92, 31 maio 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23727138>> Acesso em: 14 agosto de 2016.

LUDIN, S. M., ARBON, P., PARKER, S. A survey of Malaysian Critical Intensive Care Unit nurses' awareness of patients' transition experiences (PE) and transitional care practice (TCP). **Intensive Crit Care Nurs** [online], v. 30, n. 4, ago. 2014. Disponível em: <http://irep.iium.edu.my/35814/1/ICCN_ArticleSurvey_on_Transition_Experience_Salazar.pdf> Acesso em: 14 ago. 2016.

MACHADO, M.H.; VIEIRA, A.L.S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v.3, n.3, p. 119-122, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294/156>>. Acesso em: 01 set. 17.

MARTINS, A.C.S.; SILVA, J.G.; FERRAZ, L.M. Orientações de enfermagem na alta hospitalar: contribuições para o paciente e cuidadores. In: CONVIBRA – Congresso Virtual Brasileiro: Gestão, Educação e Promoção da Saúde, 2, 2013, São Paulo. **Resumos...** São Paulo: Convibra, 2013. p. 1-7. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/70/2013_70_7857.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2016.

MAXQDA. **The Art of Data Analysis** [site]. 2017. Disponível em: <<http://www.maxqda.com/>>. Acesso em: 06 nov. 2017.

MEADOWS, C. A. et al. A System-Wide Innovation in TRANSITION SERVICES. **Home Healthcare Nurse** [online], v.32, n.2, p.78-86, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24492265>. Acesso em: 17 abr. 2016.

MELEIS, A.I. et al. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theor. **Adv Nurs Sci.**, [on line], v. 23, n.1, p.12–28, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>. Acesso em 12 set. 2016.

MELEIS, A.I. **Transitions theory**: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company, 2010. Ebook. Disponível em: <http://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situati_on_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf> Acesso em: 05 maio 2016.

MEYERS, A. G. et al. Determinants of health after hospital discharge: rationale and design of the Vanderbilt Inpatient Cohort Study (VICS). **BMC Health Serv Res.**, London (UK), v. 14, p.14, jan. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24397292>>. Acesso em: 01 jul.17.

NASCIMENTO, A.B. do. Gerenciamento de leitos hospitalares: análise conjunta do tempo de internação com indicadores demográficos e epidemiológicos. **Rev Enferm Atenção Saúde** [online]., v.4, n.1, p.65-78, 2015. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/1264>>. Acesso em: 05 nov. 17.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Clinical guideline**: Rehabilitation after critical illness in adults. London (UK): NICE, 2009. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg83>>. Acesso em: 09 set. 13.

NAYLOR, M.D. et. al. The importance of transitional care in achieving health reform. **Health Affairs**, Bethesda (USA), v. 30, n. 4, 2011. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/content/30/4/746.abstract>>. Acesso em: 30 set.2016.

NOSBUSCH, J.M; WEISS, M.E; BOBAY, K.L. Challenges Confronting the Acute Care Staff Nurse in Discharge Planning: An Integrated Review of the Literature. **Journal of Clinical Nursing**. [online], v.20, n.5-6, p.754–74, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20955476>>. Acesso em: 10 dez. 16.

NOMURA, F. H.; GAIDZINSKI, R. R. Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital-escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 648-653, set./out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a07>>. Acesso em: 01 jul.2017.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma técnica maior nas pesquisas qualitativas. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde**: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2016. p. 482-511.

OLIVEIRA, N. A. et al. Especialização em projetos assistenciais de enfermagem: contribuições na prática profissional dos egressos. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.18, n.4, p. 697-704, out./dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000400011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 set.16.

PATTERSON, E.S, et al. Handoff strategies in settings with high consequences for failure: lessons for health care operations. **Int J Qual Health Care** [online], v.16, n.2, p.125-32, 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15051706>>. Acesso em: 12 nov. 17.

PHILLIPS, C. Use of patient diaries in critical care. **Nurs Stand** [online], v.26, n.11, p.35-43, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22204110>>. Acesso em: 12 nov. 17.

POEIRA, A.; MAMEDE, R. P. Os fatores determinantes da rotatividade externa dos enfermeiros: vínculo contratual, incentivos salariais ou reconhecimento profissional. **Rev. Enf. Ref**, Coimbra (POR), v. III, n. 4, p. 107-114, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIII4/serIII4a11.pdf>. Acesso em 06 nov. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPEJOY, L.L. Complexity of family caregiving and discharge planning. **J Fam Nurs.** [online], v.17, n.1, p.61-81, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21343622>>. Acesso em: 12 nov. 17.

PSAILA, K. et. al. Interprofessional collaboration at transition of care: perspectives of child and family health nurses and midwives. **Journal of Clinical Nursing** [on line], v. 24, n. 1-2, January 2015. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12635/pdf>> Acesso em: 30 set. 2016.

REID, R., HAGGERTY, J., MCKENDRY, R. **Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare**. Ottawa (CAN): Canadian Health Services Research Foundation; 2002. Ebook. Disponível em: <http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/.../cr_contcare_e.pdf> Acesso em:30 set. 2016.

RICHARDS, S.; COAST, J. Interventions to improve access to health and social care after discharge from hospital: a systematic review. **J Health Serv Res Policy**. [online], v.8, n.3, p.171–179, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12869344>>. Acesso em: 12 nov. 17.

ROBINSON, J. C.; BROWN, T. T. Quantifying opportunities for hospital cost control: medical device purchasing and patient discharge planning. **Am J Manag Care.** [online], v.20, n.9, p. e418-424, set./2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25364878>>. Acesso em: 14 out. 17.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Revista Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, p. 216-224, 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/52945/56948>>. Acesso em: 24 set. 2016.

ROLLANS, M. et al. Negotiating policy in practice: child and family health nurses' approach to the process of postnatal psychosocial assessment. **BMC Health Services Research** [online], v13, p.133, 2013. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-133>>. Acesso em: 12 out. 17.

ROSENBERG, A.L.; WATTS, C. Patients readmitted to ICUs*: a systematic review of risk factors and outcomes. **Chest**. [online], v.118, n.2, p.492-502, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10936146>>. Acesso em: 12 nov. 17.

SAULTZ, J. W. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. **Annals of family medicine**., Cleveland (USA), v.1, n. 3, p.134-143, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15043374>>. Acesso em: 15 out. 2016.

SCHALL, M. et al. **How-to Guide: Improving Transitions from the Hospital to the Clinical Office Practice to Reduce Avoidable Rehospitalizations**. Cambridge (USA): Institute for Healthcare Improvement, 2013. Disponível em: <<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuideImprovingTransitionsHospitaltoOfficePracticeReduceRehospitalizations.aspx>>. Acesso em: 12 set. 16.

SCHOEN, C. et al. Coordinated new 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. **Health Affairs**, Millwood (USA), v. 30, n.12, p. 2437-2448, 2011.

SEVIN, C. et al. **How-to Guide: Improving Transitions From the Hospital to Home Health Care to Reduce Avoidable Rehospitalizations**. Cambridge (USA): Institute for Healthcare Improvement, 2013. Disponível em: <<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuideImprovingTransitionsfromHospitaltoHomeHealthCareReduceAvoidableHospitalizations.aspx>>. Acesso em: 01 set. 16.

SHEPPERD, S. et al. Discharge planning from hospital to home. **Cochrane Database Syst Rev**. [online], v.1, n.313, 1-9, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091507>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

SILVA, M.C.M.; SOUSA, R.M.C.; PADILHA, K.G. Destino do paciente após alta da unidade de terapia intensiva: unidade de internação ou intermediária? **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.18, n.2, p.88-96, 2010.

SLOW, E. et al. The Effect of Continuity in Nursing Care on Patient Outcomes in the Pediatric Intensive Care Unit. **JONA** [online], v.43, n.7/8, p.394-402, 2013. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=23892304>>. Acesso em: 06 nov. 17.

SOUSA, R.M.C. **Fatores relacionados com a alta, óbito e readmissão em unidade de terapia intensiva**. 2007. 84 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SOUZA, P.M.B.B. **Protocolo de orientações de enfermagem para o paciente com insuficiência cardíaca à alta hospitalar**. 2012. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://goo.gl/pKCGmx>>. Acesso em: 14 out. 2016.

SPOONER, A.J. et al. Understanding current intensive care unit nursing handover practices. **Int J Nurs Pract.** [online], v. 19, n.2, p. 214-20, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23577979>>. Acesso em: 05 nov. 17.

STELFOX, H. T. et al. A scoping review of patient discharge from intensive care opportunities and tools to improve care. **Chest**, Chicago (USA), v. 147, n. 2, p. 317-327, 2015. Disponível em: <http://goo.gl/OG4MQZ>>. Acesso em: 14 out. 2016.

TRACHTENBERG, M. B. A; RYVICKER, M. Research on Transitional Care: From Hospital to Home. **Home Healthcare Nurse** [on line], v. 29, n. 10, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22067506>> Acesso em: 01 ago.2016.

UIJEN, A. A. et al. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. **Family Practice**, Oxford (UK), v. 29, n. 3, p.264–271, 2012. Disponível em: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/29/3/264.long>>. Acesso em 19 set. 2016.

VASILACHIS DE GIALDINO, I. Ontological and Epistemological Foundations of Qualitative Research. **Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research**, Berlin (GER), v.10, n.2, p. art. 30, 2009. Disponível em: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1299/3163>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

WATTS, R.J.; PIERSON, J.; GARDNER, H. How do critical care nurses define the discharge planning process? **Intensive Crit Care Nurs.** [online], v.21, n.1, p.39-46, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15681216>>. Acesso em: 12 nov. 17.

WEISS, M. E. et al. A model for hospital discharge preparation from case management to care transition. **JONA**, Philadelphia (USA), v.45, n.12, p. 606-614, 2015. Disponível em: <http://goo.gl/TosZlm>>. Acesso em: 14 out. 2016.

WHITTAKER , J; BALL, C. Discharge from intensive care: a view from the ward. Intensive . **Crit Care Nurs.** v. 16, n.3, 135-43, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10859622>. Acesso em: 05 out.17.

WONG, E. L. et al. Barriers to effective discharge planning: A qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. **BMC health services research** [online], v. 11, n. 1,p. 1-10, 2011.disponível em:<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-242>>. Acesso em: 10 dez. 17.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENFERMEIROS

Nós, Elizabeth Bernardino; Louise Bueno Lelli Tominaga; Karla Crozeta Figueiredo; Suelly dos Passos Antonio; Luciana Garangau Marin; Daniele Cristina da Silva; Luciana Scheder Gonçalves; pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná/ UFPR; estamos convidando você, **Enfermeiro Assistencial do Hospital do Trabalhador – SESA/ PR, das UTIs (Geral e Clínico-Cirúrgica) e da Enfermaria de Trauma**; a participar de um estudo intitulado “**Transição do paciente da UTI para enfermaria na perspectiva da continuidade do cuidado**”. A importância desta pesquisa para Enfermagem justifica-se, pois a realização da transição dos cuidados é um processo que requer ações e informações de modo claro e objetivo, contemplando as principais necessidades do paciente que devem ser supridas e, é somente com um processo de transição muito bem definido que a continuidade dos cuidados será satisfatória. Deste modo, os enfermeiros devem assegurar que os pacientes que recebem alta estejam preparados adequadamente para uma transição e, igualmente para a continuidade dos cuidados dos quais necessitam. Portanto, é de extrema relevância para a enfermagem apreender o conceito de transição e, as suas consequências.

O **objetivo** desta pesquisa é **analisar a transição dos pacientes da UTI (Unidade de Terapia Intensiva) para a Enfermaria de trauma**.

Caso você participe da pesquisa, será necessário o **preenchimento de um questionário** com questões abertas e discursivas a respeito do seu trabalho com o paciente que recebe alta da UTI para enfermaria.

Para tanto, você deverá **deixar o questionário preenchido em seu setor de trabalho**, até dois dias após seu recebimento e, o pesquisador irá pessoalmente retirá-lo.

Alguns riscos indiretos podem relacionados ao estudo como um possível desconforto e/ ou conflitos e interesse ao responder as questões, porém, sua confidencialidade será mantida e você pode desistir e sua participação na pesquisa em qualquer momento.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: identificação dos desafios para a continuidade do cuidado na transição dos pacientes da UTI (Unidade de Terapia Intensiva) para a Enfermaria de trauma, na perspectiva dos enfermeiros da UTI, dos enfermeiros da Enfermaria, dos pacientes e, dos seus acompanhantes; construção e validação de um plano de transição de cuidados de Enfermagem para o paciente egresso da UTI (Unidade de Terapia Intensiva) para a Enfermaria de trauma; Construção de um fluxo sobre transição dos pacientes egressos da UTI (Unidade de Terapia Intensiva) para a Enfermaria de trauma, contribuições na qualidade da assistência de enfermagem por meio da continuidade do cuidado. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Os pesquisadores (Louise Bueno Lelli Tominaga; Enfermeira; Mestranda do programa de Pós – Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná/ UFPR, telefone (41) 9694-0860 de segunda a sexta das 9 às 18 e, Elizabeth Bernardino; Enfermeira; Prof.^a Dr^a da Universidade Federal do Paraná/ UFPR, telefone (41) 3361-3752 e (41) 3361-3753 de segunda a sexta das 8 às

16; responsáveis por este estudo poderão ser contatados (no Endereço: Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 - Bloco Didático II – Jardim Botânico, Curitiba –PR – Brasil, endereço comercial, de segunda a sexta das 8 às 16, e pelos endereços eletrônicos louiselelli@yahoo.com.br/ elizaber@ufpr.br, respectivamente.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa **poderá desistir a qualquer momento** e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas que integram a pesquisa como pesquisadores. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Nome e Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal)

Curitiba, ____/____/____

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

(Nome e Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TCLE)

Curitiba, ____/____/____

ANEXOS NA PLATAFORMA BRASIL

Modelo do Instrumento a ser aplicado (Entrevista, Questionário, Planilha de coleta de dados, Fichas de avaliação, Fichas de Notificação, dentre outros)

APÊNDICE 2 - ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Data: __/__/__
Nome:
Unidade de Terapia Intensiva () Enfermaria ()
Sexo: Masculino () Feminino ()
Idade:
Tempo de formação:
Tempo de atuação na instituição:
Cargo:
Carga horária semanal:
Experiência profissional prévia:
Qualificação/ Especialização:

LISTA DE CODIFICAÇÃO

	Nome do Participante	Código de Identificação
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		

APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

ENFERMEIROS UTI

1. Descreva sua experiência/ vivência como enfermeiro de UTI relacionados ao processo de alta/ transição de um paciente da UTI para a enfermaria.

Questões complementares dentro do tema experiência/ vivência

- a) O enfermeiro tem envolvimento na decisão sobre a alta do paciente? Que fatores são considerados para decisão de alta/ transição?
- b) Em sua opinião, o paciente sai preparado para alta da UTI?
- c) Em sua opinião, a respeito do processo de alta, o que é positivo e negativo?

2. Descreva como é a comunicação entre os enfermeiros durante o processo de alta/ transição da UTI para a enfermaria?

Questões complementares dentro do tema comunicação

- a) Que informações, ou seja, quais necessidades de cuidados que você considera importante repassar?
- b) Qual a melhor maneira de repassar as informações?
- c) Existe registro dessas informações?
- d) Existe algum protocolo de alta (ferramenta/ instrumento)?

3. Como é o envolvimento da família no processo de alta/ transição do paciente da UTI para a enfermaria?

4. De acordo com a sua experiência profissional, considerando a alta/ transição como um processo dentro dos inúmeros processos a nível institucional, quais fatores influenciam na transferência da UTI para a enfermaria?

5. Como você acha que poderia ser feito o processo de alta/transição do paciente da UTI para Enfermaria para melhorar a continuidade do cuidado desse paciente.

6. Considerando o tema em questão, alta/ transição do paciente da UTI para enfermaria, gostaria de acrescentar algo que não tenha sido abordado?

ENFERMEIROS ENFERMARIA

1. Descreva sua experiência/ vivência como enfermeiro da Enfermaria no processo de transição/ transferência de um paciente da UTI para a enfermaria.

Questões ocultas

- a) Em sua opinião, o paciente sai preparado para alta da UTI?
- b) Em sua opinião, a respeito do processo de alta/ transição, o que é positivo e negativo?
- c) Como é a relação enfermeira-paciente na admissão/ recebimento na enfermaria quando o paciente é proveniente da UTI?

2. Descreva como é a comunicação entre os enfermeiros da UTI e da enfermaria durante o processo de alta/ transição do paciente da UTI para a enfermaria?

Questões ocultas

- a) Que informações, ou seja, quais necessidades de cuidados que você considera importante que sejam repassadas para você?
- b) Qual a melhor maneira de receber as informações?
- c) Existe registro dessas informações?
- d) Existe algum protocolo de alta/ transição (ferramenta/ instrumento)?

3. Como é o envolvimento da família no processo de alta/ transição do paciente da UTI para a enfermaria?

4. De acordo com a sua experiência profissional, considerando a alta/ transição como um processo dentro dos inúmeros processos a nível institucional, quais fatores influenciam na transferência da UTI para a enfermaria?

5. Como você acha que poderia ser feito o processo de alta/transição do paciente da UTI para Enfermaria para melhorar a continuidade do cuidado desse paciente.

6. Considerando o tema em questão, alta/ transição do paciente da UTI para enfermaria, gostaria de acrescentar algo que não tenha sido abordado?

APÊNDICE 4 – VINHETA

Continuidade de Cuidados

A continuidade de cuidados⁶ é o provimento de cuidados ao paciente de modo sequencial e ininterrupto ao longo do tempo. Está diretamente relacionada com o profissional que fornece o cuidado, considerando a troca de informações e cooperação entre os prestadores destes cuidados.

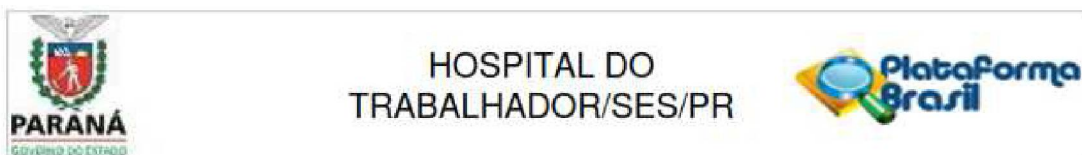
Transição de cuidados

A transição de cuidados⁷ é um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade dos cuidados de saúde de pacientes em transferência entre diferentes locais ou diferentes níveis de cuidados no mesmo local. Fazem parte da transição dos cuidados; a logística no processo, armazenamento de informações, educação do paciente e sua família, bem como comunicação entre os profissionais de saúde e coordenação dos envolvidos na transição.

⁶ UIJEN, A. A. et al. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. **Family Practice**, v. 29, p.264–271, 2012. Disponível em: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/29/3/264.long>. Acesso em 19 set. 2016

⁷ COLEMAN E. A.; BOULT C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **J Am Geriatr Soc.**, v. 51, n. 4, p. 556-557, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12657079>. Acesso em 10 mar. 2017

ANEXO 1 – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO PARA APRECIÇÃO ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Transição do paciente da UTI para enfermaria: desafios para a continuidade do cuidado.

Pesquisador: Elizabeth Bernardino

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60950516.7.0000.5225

Instituição Proponente: Hospital do Trabalhador/SES/PR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.802.094

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa exploratória e qualitativa que visa a análise da transição dos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes que são transferidos da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para a Enfermaria de trauma no Hospital do Trabalhador.

Objetivo da Pesquisa:

1. Identificar o perfil dos pacientes encaminhados da Unidade de Terapia Intensiva para Enfermaria de trauma.
2. Identificar os desafios para a continuidade dos cuidados de enfermagem na transição destes pacientes, da UTI para a Enfermaria nas perspectivas dos enfermeiros da UTI, dos enfermeiros da Enfermaria, dos pacientes e dos seus acompanhantes.
3. Estabelecer e validar um plano de transição de cuidados de enfermagem para o paciente egresso da UTI para a Enfermaria de trauma.
4. Construir um fluxo sobre transição dos pacientes egressos da UTI para a Enfermaria de trauma.
5. Analisar as taxas de reinternação na UTI dos pacientes egressos da UTI.
6. Estabelecer um plano de transição de cuidados de Enfermagem para o paciente egresso do Hospital de trauma para o domicílio.

Endereço: Avenida República Argentina nº 4406 - Bloco Centro de Estudos

Bairro: Novo Mundo

CEP: 81.050-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3212-5871

E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br



HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 1.802.094

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não são esperados riscos de qualquer natureza, porém questões eventuais que caracterizem desconforto para os sujeitos da pesquisa serão minimizadas pelo pesquisador e, se houver necessidade a pesquisa será suspensa e o sujeito excluído do estudo.

Benefícios:

Contribuição para a segurança na assistência de enfermagem e melhora na qualidade dos cuidados, implicando em benefícios para a instituição, profissionais, pacientes e acompanhantes.

Os resultados auxiliarão em intervenções de enfermagem mais direcionadas e efetivas para o paciente, com vistas a promover a continuidade do cuidado para os pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Participação do estudo:

- 1) Enfermeiros das UTI Geral e da UTI Clínico-Cirúrgica (n=19),
- 2) Enfermeiros da Enfermaria de trauma (n=07),
- 3) Pacientes (n=30),
- 4) Acompanhantes (n=30)
- 5) Prontuários dos pacientes selecionados (n=30),

A coleta de dados ocorrerá por meio de questionário aos enfermeiros e de entrevistas semi estruturadas aos pacientes e acompanhantes. As entrevistas gravadas e transcritas posteriormente. A análise dos dados da pesquisa será realizada com auxílio de software NVivo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os termos de ciência livre e esclarecido (TCLE) a serem apresentados e assinados aos participantes do estudo.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências e/ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Recomenda-se que nas próximas submissões de projetos de pesquisa na Plataforma Brasil, o pesquisador apresente um TERMO OU DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA/ANUÊNCIA para o desenvolvimento da pesquisa, que identifique claramente o nome e o cargo ocupado pelo profissional responsável pelo setor/instituição no(a) qual a pesquisa será realizada.

Endereço: Avenida República Argentina nº 4406 - Bloco Centro de Estudos

Bairro: Novo Mundo

CEP: 81.050-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3212-5871

E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br



HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR



Continuação do Parecer: 1.802.094

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_804199.pdf	11/10/2016 21:17:45		Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	11/10/2016 21:16:16	Elizabeth Bernardino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo.docx	05/10/2016 11:17:00	Elizabeth Bernardino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_acompanhantes.docx	05/10/2016 11:13:10	Elizabeth Bernardino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_enfermeiros.docx	05/10/2016 11:12:48	Elizabeth Bernardino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_paciente.docx	05/10/2016 11:12:27	Elizabeth Bernardino	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 02 de Novembro de 2016

Assinado por:
silvania klug pimentel
(Coordenador)

Endereço: Avenida República Argentina nº 4406 - Bloco Centro de Estudos

Bairro: Novo Mundo

CEP: 81.050-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3212-5871

E-mail: cepht@sesa.pr.gov.br